



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y TECNOLOGÍA
ESCUELA DE ESTADÍSTICA

MAESTRÍA EN REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD

TÍTULO:

**USO DEL SERVICIO DE URGENCIA POR LOS PACIENTES SEGÚN EL TRIAGE
DE MANCHESTER FEBRERO 2019 Y FEBRERO 2022
(POLICLÍNICA LIC. MANUEL MARÍA VALDÉS)
(DISTRITO DE SAN MIGUELITO)**

REBECA KARINA JAÉN HERNÁNDEZ

8-816-442

ASESORA:

MAGÍSTER: CLARA CRUZ

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2022

Dedicatoria

Dedico con todo mi corazón mi proyecto a Dios y a mi madre, aunque este en el cielo sin ella no lo habría logrado, su bendición a diario y a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. A mi padre por siempre estar presente en mi vida. A mi esposo e hija por siempre darme el apoyo que necesite. A mis amistades, quienes con su voz de aliento me hicieron seguir adelante.

Agradecimiento

Quiero agradecerle principalmente a Dios por darme la fortaleza y la sabiduría; a María del Carmen Hernández Díaz por ser la madre más maravillosa del mundo; a todos los profesores que durante mis años de estudio se esmeraron en enseñarme todo lo que sé y más que eso, guiarme para ser una mejor persona y profesional y aquellos que me dieron su apoyo para realizar este proyecto. A mis padres y familia por ser lo más sagrado que tengo en la vida y ser siempre mis principales motivadores. A mis amigos y compañeros por los momentos que hemos compartido y aprendido. A todos ustedes les digo gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I	13
ASPECTOS GENERALES	13
1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MÉTODO DEL TRIAGE EN LOS SERVICIOS DE SALUD	14
1.1.1. IMPORTANCIA DEL TRIAGE	15
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	18
1.5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	19
1.6. OBJETIVOS.....	19
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	19
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.7. LIMITACIONES	20
1.8. HIPÓTESIS	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA POLICLÍNICA LIC. MANUEL MARÍA VALDÉS	22
2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRIAGE	23
2.3. PRUEBA CHI-CUADRADO	28
2.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	30
CAPÍTULO III	31

MARCO METODOLÓGICO	31
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.3. VARIABLE DEL ESTUDIO	32
3.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	34
3.4.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
3.4.2. MUESTRA	34
3.5. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO	35
3.5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	35
3.5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	35
3.6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN	35
3.7. MÉTODOS ESTADÍSTICOS UTILIZADOS	36
3.8. CRITERIO DE INCLUSIÓN	36
3.9. CRITERIO DE EXCLUSIÓN	36
3.10. ASPECTOS ÉTICOS	36
CAPÍTULO IV.....	38
ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	39
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	60
4.2.1. HIPÓTESIS.....	62
CAPITULO V	64
PROPUESTA DEL PLAN DE MEJORA PARA EL USO ADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIA POR LOS PACIENTES EN LA POLICLÍNICA LIC. MANUEL MARÍA VALDÉS.....	64
5.1.PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	65
5.2.SÍNTESIS DESCRIPTIVAS.....	65
5.3.INTRODUCCIÓN	65

5.4.JUSTIFICACIÓN.....	66
5.5.OBJETIVO DE LA PROPUESTA	66
5.6.PLAN OPERATIVO	66
5.7.MATRIZ COMPARATIVA	67
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS.....	72
ANEXOS75

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Distribución porcentual de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según tipo de pacientes que recibe el servicio. Febrero 2019 y febrero 2022.....	39
Cuadro 2. Distribución porcentual del grupo etario de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	41
Cuadro 3. Distribución porcentual del sexo de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	43
Cuadro 4. Distribución porcentual del área de residencia de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	45
Cuadro 5. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	47
Cuadro 6. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según grupo etario.	49
Cuadro 7. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según sexo.	52
Cuadro 8. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según área de residencia. Febrero 2019 y febrero 2022	55
Cuadro 9. Distribución porcentual de la clasificación de los pacientes urgentes y no urgentes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés. Febrero 2019 y febrero 2022.....	58
Cuadro 10. Prueba Chi-cuadrado de asociación entre edad y clasificación de pacientes. Febrero 2019 y febrero 2022.	60
Cuadro 11. Prueba Chi-cuadrado de asociación entre sexo y clasificación de pacientes. Febrero 2019 y febrero 2022	61

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según tipo de paciente que recibe el servicio. Febrero 2019 y febrero 2022.....	40
Gráfica 2. Distribución porcentual del grupo etario de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	42
Gráfica 3. Distribución porcentual del sexo de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	44
Gráfica 4. Distribución Porcentual del área de residencia de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	46
Gráfica 5. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.	48
Gráfica 6. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés,	50
Gráfica 7. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés,	51
Gráfica 8. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés,	53
Gráfica 9. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés,	54
Gráfica 10. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según área de residencia. Febrero 2019	56
Gráfica 11. Clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según área de residencia.....	57
Gráfica 12. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes no urgentes que asistieron a la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.....	58
Gráfica 13. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes urgentes que asistieron a la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.....	59

ÍNDICE DE ANEXO

Anexo 1. XHis Sistema de información que se utiliza para el ingreso y atención de pacientes que asisten al servicio de urgencia.	76
Anexo 2. Hoja de Registro de Consulta y Actividades en el servicio de urgencia.. ..	76
Anexo 3. Banner con información de Triage de Manchester.	77
Anexo 4. Volante con información sobre el Triage de Manchester.....	78
Anexo 5. Charlas y entrega de volantes.	79
Anexo 6. Instrumento de recolección de datos.....	80
Anexo 7. Descripción y cronograma de actividades.	81
Anexo 8. Presupuesto.	82
Anexo 9. Nota de aprobación del Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Caja de Seguro Social.....	83

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, de corte longitudinal, la información se recopiló a través de las bases de datos de febrero 2019 y febrero 2022 del servicio de urgencia solicitadas al Departamento de Registros y Estadísticas de Salud de la Caja de Seguro Social cumpliendo con los principios bioéticos de confidencialidad del dato. Una hipótesis del aumento progresivo de pacientes en el servicio de urgencia puede asociarse al uso inadecuado que se le da al servicio de urgencia y esto puede incidir de alguna manera en la atención oportuna. Por tanto, el objetivo de este trabajo es analizar el uso del servicio de urgencia por los pacientes mediante el Triage de Manchester en la Policlínica Lic. Manuel María Valdés y así poder determinar, si el paciente está o no utilizando el servicio de urgencia de forma adecuada.

La información se procesó y analizó en los programas informáticos Excel y SPSS. Para el análisis de los resultados se utilizaron estadísticas descriptivas mediante cifras absolutas y porcentuales. Se encontró que la mayor parte de los pacientes fueron clasificados como no urgentes tanto para febrero 2019 con un 34.5% y para febrero 2022 con un 18.5%. En general con este estudio se ha logrado establecer una prevalencia importante de los pacientes que usan inadecuadamente el servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, que en consecuencia influye en la congestión del servicio, la atención oportuna a pacientes que lo ameritan y el aumento de los tiempos de espera.

ABSTRACT

This is a retrospective, cross-sectional descriptive study, the information was collected through the February 2019 and February 2022 databases of the emergency service requested from the Department of Health Records and Statistics of the Social Security Fund, complying with bioethical principles of data confidentiality.

A hypothesis of the progressive increase in patients in the emergency department may be associated with inappropriate use of the emergency department and this may somehow affect timely care. Therefore, the objective of this work is to analyze the use of the emergency service by patients through the Manchester Triage at the Lic. Manuel María Valdés Polyclinic and thus be able to determine whether or not the patient is using the emergency service on a regular basis. adequate.

The information was processed and analyzed in the Excel and SPSS computer programs. For the analysis of the results, descriptive statistics were used through absolute and percentage figures. It was found that most of the patients were classified as non-urgent both for February 2019 with 34.5% and for February 2022 with 18.5%. In general, with this study, it has been possible to establish a significant prevalence of patients who inappropriately use the emergency service of the Lic. Manuel María Valdés Polyclinic, which consequently influences the congestion of the service, timely care for patients who need it and increased waiting times.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias son unidades de atención médica para atender aquellos casos que ponen en peligro la vida. De acuerdo a la organización Mundial de la Salud entiende como urgencia una aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema 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.

Un estudio realizado en Veraguas, Panamá en el servicio de urgencia del Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega, marzo a agosto 2016 los resultados apoyan la conclusión que, el tener menos de 50 años, vivir en área urbana, son factores de riesgo para el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario. (Zerna Jiménez, 2017)

El objetivo es analizar el uso del servicio de urgencia por los pacientes según el Triage de Manchester en la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, Distrito de San Miguelito, febrero 2019 y febrero 2022. El propósito es dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Qué uso le dan los pacientes al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022?

Se hizo una intervención en el mes de enero y febrero del 2022 en donde se realizaron charlas 3 veces por semana y se entregaron volantes diariamente con el fin de buscar una estrategia para ayudar a minimizar la cantidad de pacientes que buscan este servicio de manera inadecuada.

Y se planteó la hipótesis sobre el uso del servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés en la proporción de pacientes no urgentes y pacientes urgentes. Se desarrolló un estudio con asociación de variables mediante tabla de contingencia, análisis mediante la prueba de Chi Cuadrado utilizando las bases de datos del servicio de urgencia de febrero 2019 y febrero 2022 en donde se trabajó con las variables: edad, sexo, área de residencia, tipo de paciente que recibe el servicio y clasificación de pacientes, esto con el fin de describir el comportamiento de la población que utilizó el servicio de urgencia. Es importante cumplir con los objetivos del estudio que sirva de base y fuente para que se apliquen estrategias, por parte de la institución, en programas y educación dirigidos a la población sobre el uso adecuado de este servicio, para que tomen conciencia de la problemática y así lograr que los pacientes solo utilicen este servicio cuando lo amerite.

CAPÍTULO I
ASPECTOS GENERALES

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MÉTODO DEL TRIAGE EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El “triage” o “traje” 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 con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. En circunstancias normales, se prioriza la atención del paciente más grave, mientras que, 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. La palabra “traje” procede del francés “trià” y “eur”, y significa “categorizar”. Para entender el presente del triaje y avanzar hacia el futuro es imprescindible conocer cómo ha sido su evolución histórica desde sus comienzos. El origen del triaje no está muy bien claro hoy en día. Estudios sugieren que el concepto de triaje se describe por primera vez en un manual de asistencia médica militar francesa, como muy pronto, en 1792. Por otro lado, se cree que el concepto surge durante el periodo 1797-1801 en la batalla napoleónica contra Egipto y Siria, lo que algunos denominan “traje napoleónico”, donde se priorizó la atención a los soldados enfermos y heridos para que volvieran al campo de batalla. (Suárez, Hernández, & Montesdeoca, 2019)

De este modo, el tratamiento se dio desde una perspectiva militar y no desde el punto de vista de priorizar el ahorro de vidas, como en la medicina moderna. Autores sugieren que este tipo de “traje napoleónico” se le atribuye al cirujano militar Pierre-François Percy, dado que fue el responsable de la atención médica durante esta batalla y existe registro de este término en su propio diario. Por otro lado, sin embargo, los historiadores consideran a Dominique Jean Larrey cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón como el primero en utilizar el “traje formal” al distinguirlo del militar francés. (Suárez, Hernández, & Montesdeoca, 2019).

1.1.1. IMPORTANCIA DEL TRIAGE

Es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, en los servicios de urgencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permita una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las urgencias. Para conseguirlo, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implantación de un sistema de triaje estructurado en los servicios de urgencias. El sistema de triaje estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento. (OPS, 2011).

El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir, aumentar su seguridad, aunque el triaje estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad. Además, otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema de triaje estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano en el proceso de implantación, junto al análisis de la realidad de los servicios de urgencias donde se implanta. Es básico que se ejerza un liderazgo claro en los servicios, basado en el principio de justicia y en el concepto de que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia, y que sus intereses no tienen por qué entrar en conflicto con los intereses de los profesionales ni del resto del sistema sanitario, sino al contrario, que el trabajo centrado en el paciente beneficia a todos. (OPS, 2011).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento progresivo y constante de pacientes en el servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, puede asociarse a un uso inadecuado de los mismo esto conlleva a que la atención de pacientes que llegan con sintomatología no urgentes pone en riesgo la vida de un paciente que sufra una situación de riesgo vital.

Esto puede presentar un incremento del número de pacientes que esperan ser atendidos, el tiempo de espera para el inicio de la asistencia y el tiempo de actuación médico-enfermería. Por una causa u otra, las consecuencias son las mismas; demora en la atención, pacientes esperando en los pasillos, aumento del estrés laboral para los trabajadores, aumento de la facilidad para la aparición de errores. Es un problema que afecta tanto al paciente como a los propios trabajadores y los respectivos servicios. (Anquela Gracia, Jimenez Ramos, Carreras Palacios, Galduroz Arcelus, & Pérez Albors, 2021).

En el servicio de urgencia es fundamental la obtención de un diagnóstico y un tratamiento en forma pronta y oportuna, con el fin de agilizar el proceso asistencial.

Esto contribuye a la evacuación rápida y continúa de los consultantes de los servicios de urgencias. Evidentemente los servicios de urgencias se caracterizan por atender a un gran volumen de pacientes, con la certeza de una gran capacidad de resolución, implicando una asistencia eficaz, pertinente y rápida.

Sin embargo, para alcanzar estos objetivos es necesario disponer de todos los recursos necesarios incluyendo un personal médico, administrativo y de enfermería competente, además de educación en salud para un buen uso del servicio por parte de la comunidad. (Arango Pinilla, y otros, 2009).

Para interpretar el concepto de uso inadecuado de un servicio de urgencia, primero debemos diferenciar entre criterios y diferencias sobre un caso urgente y no urgente:

- **Caso urgente:** Se considera al caso que presenta un paciente que por las características de sus síntomas corre el riesgo de muerte, empeoramiento de su dolencia, en un periodo a corto o medio plazo, y

que necesita recibir un tratamiento de manera urgente. También se considera como un caso urgente a los que presentan aquellos pacientes que tienen problemas y patologías crónicas, o que se encuentran en una crisis de agudización, o la de un paciente que por la magnitud de sus síntomas demanda una asistencia médica de carácter urgente para mitigarlos y estos no pueden ser proporcionados en una consulta de Atención Primaria.

- **Caso no urgente:** Es aquel caso no recogido en la definición anterior, en los que el tratamiento de urgencia no origina cambios de importancia en su mejoría y que pueden esperar entre 24 y 48 horas a ser tratados por un médico de Atención Primaria. (López Castaño, 2018).

Algunas condiciones que han resaltado como causa de este incremento en la demanda y que se manifiesta específicamente en la consulta son el crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de patologías crónicas y, en gran medida, la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. (Loría Castellanos, Flores Maciel, Márquez Ávila, & Valladares Aranda, 2010).

El término Triage es empleado en los sistemas de salud como una forma de clasificar o categorizar la patología que presenta un paciente que acude a una instalación de salud, específicamente al servicio de urgencia, y que puede ser vital de manera significativa en momentos de sobredemanda lo que permitiría una mayor y mejor atención de calidad en pacientes que realmente ameritan una atención médica. (Ayuso Raya , Pérez López, Simarro Herráez, & Escobar Rabadán, 2013).

El uso del servicio de urgencia por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales:

- El uso del servicio de urgencias por condiciones que pueden resolverse desde los primeros niveles de atención frecuentemente revela problemas de acceso a este servicio.

- El exceso de gastos para el sistema de salud asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los servicios de urgencia, con la consecuente utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y consumo de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera. Aunque el costo inicial de la atención en el servicio de urgencia de un problema no urgente podría considerarse mínimo, el resultado final supera el gasto que se derivaría de una atención en el primer nivel de atención. (Loría Castellano, Flores Maciel, Márquez Ávila, & Valladares Aranda, 2010).

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio pretende responder la siguiente interrogante:

¿Qué uso le dan los pacientes al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La atención de salud es un derecho a la cual todas las personas sin distinción alguna deben poder acceder, pues es parte de la responsabilidad del sistema sanitario garantizar el derecho a la salud de calidad y accesibilidad.

Por otro lado, y es el enfoque que se le brinda a este estudio, se parte del análisis de la responsabilidad de la sociedad en un uso adecuado en este caso de los servicios de urgencia, sin ánimos de establecer culpas ni sentenciar responsables. Más bien, el ánimo es dar alternativas de solución mediadoras a la sociedad, siendo esta bien informada, orientada, lo mismo que el personal de salud se beneficiara.

Así, que la importancia de este estudio es analizar el uso del servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés por parte de los pacientes mediante el Triage de Manchester y así poder determinar, en primer lugar, si el paciente está o

no utilizando el servicio de urgencia de forma adecuada como un modelo que serviría a otras instalaciones de salud que brindan los servicios de urgencias en el país.

Además, no solo se tendrá el conocimiento del uso que se le da al servicio de urgencia, sino que los resultados serán de gran utilidad para recomendar alternativas de solución dirigidos a mejorar y fortalecer la atención del servicio de urgencia y así que se pueda lograr maximizar los recursos y capacidad de este servicio y por ende la calidad de atención que se brinda en esta instalación de salud.

Es así como este estudio provee múltiples beneficios tanto directos como indirectos, a partir del análisis que se prevé puede originar en importantes cambios que redundarán en la comunidad y en el personal sanitario. Un análisis de datos retrospectivo que contarán la historia de la demanda de pacientes atendidos en el servicio de urgencia, un conocimiento particular del comportamiento y uso de la población del sistema de salud y la necesidad e importancia de educar y orientar a los actores que integran el sistema sanitario público, concretamente, se benefician las autoridades, la población en general y el personal de salud.

1.5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La importancia de este estudio se centrada en que el paciente sea informados o capacitados sobre el uso adecuado del servicio de urgencia esto puede crear un impacto tanto en los pacientes que asisten, como en el personal que labora en este servicio, evitar demora en la atención, hacinamiento y un aumento del estrés laboral.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el uso del servicio de urgencia por los pacientes según el Triage de Manchester en la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, Distrito de San Miguelito, febrero 2019 y febrero 2022.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población que asistió al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022.
- Identificar los tipos de pacientes que reciben el servicio con más frecuencia en la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022.
- Proponer un plan de mejora para el uso adecuado del servicio de urgencia por parte de los pacientes.
- Comparar estadísticamente la proporción de pacientes no urgentes de febrero 2019 con los pacientes no urgentes de febrero 2022.

1.7. LIMITACIONES

La limitación que tuve fue la aprobación del protocolo por el Comité de Institucional de Ética e investigación de la Caja de Seguro Social.

1.8. HIPÓTESIS

H₁: La proporción de pacientes no urgentes de febrero 2019 es mayor que la proporción de pacientes no urgentes de febrero 2022.

H₀: La proporción de pacientes no urgentes de febrero 2019 es menor o igual a la proporción de pacientes no urgentes de febrero 2022.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA POLICLÍNICA LIC. MANUEL MARÍA VALDÉS

La Policlínica Lic. Manuel María Valdés de la Caja de Seguro Social fue inaugurada el 31 de marzo de 1969, ante de constituirse municipalmente el distrito de San Miguelito.

El nombre de esta instalación médica es un homenaje a quien fuera el primer director de la Caja de Seguro Social durante el periodo de 1941 a 1944.

El distrito de San Miguelito tiene una población de 375,409 habitantes, la Policlínica fue diseñada para responder las necesidades de atención de una población asegurada de 40 mil personas, en la actualidad cuenta con una población de responsabilidad de 120 mil 185 asegurados, residentes en los corregimientos de Amelia Denis de Icaza, Belisario Porras, José Domingo Espinar, Mateo Iturralde y Victorino Lorenzo que sumándolos tiene una población total de 187,350 habitantes.

El horario de la consulta externa es de 7:00 am a 10:00 pm de lunes a viernes y un servicio de urgencia las 24 horas.

Su cartera de servicios es la siguiente: Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Odontología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Dermatología, Psiquiatría, Cirugía General, Salud Ocupacional, Servicio de Urgencias 24 horas.

Cartera de Servicio Técnicos: Fonoaudiología, Optometría, Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Ortopedia.

Cartera de Servicios Especializados de apoyo: Radiología Médica, Laboratorio Clínico, Electrocardiograma, Farmacia.

Cartera de servicio de Enfermería: Programa Maternal, Programa de Crecimiento y Desarrollo, Programa Escolar y Adolescente, Programa de Salud de Adulto, Programa de Tercera Edad, Programa de Salud Mental, Programa Ampliado de Inmunización, Programa de Visita Domiciliaria a pacientes encamados (SADI), Clínica de Heridas, Inyectable, Inhaloterapia. (Pol. Manuel María Valdés, 2020).

La Policlínica Lic. Manuel María Valdés es la única instalación de segundo nivel de la Caja de Seguro Social en el distrito de San Miguelito que cuenta con un servicio

de urgencia las 24 horas debido al aumento de la población implementó el Triage de Manchester que es un proceso que posibilita una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Se emplean sistemas de Triage estructurado con cinco niveles de prioridad que se distribuye asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados por el médico. (EUROINNOVA, 2019).

2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRIAGE

Los sistemas más antiguos documentados, diseñados para distribuir la atención de salud de manera sistemática, se remontan al siglo XVIII. Los ejércitos medievales hicieron poco o ningún esfuerzo formal para proporcionar atención médica a sus soldados heridos en batalla, y la atención recibida era probablemente inefectiva. Los soldados lesionados por lo general dependían de sus compañeros y la mayoría murieron a causa de sus heridas. A comienzos del siglo XVIII, los cirujanos militares desarrollaron e implementaron las primeras reglas de Triage o estratificación de riesgo para el campo de batalla. La mayoría de los historiadores atribuyen el primer Triage formal al distinguido militar francés Barón Dominique-Jean Larrey, cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón. (Acuña Ramirez, y otros, 2015)

Larrey reconoció la necesidad de evaluar y clasificar a los soldados heridos durante una batalla con prontitud. Su sistema se basaba en tratar y evacuar a aquellos que requieren la atención médica más urgente, en lugar de esperar horas o días a que la batalla terminara. También diseñó carros ligeros, que él denominó “ambulancias voladoras”, para transportar rápidamente al herido. En sus memorias sobre la campaña de Rusia (1812), Larrey articuló una norma clara para la clasificación de los pacientes: “Los que están peligrosamente heridos deben recibir la primera atención, sin tener en cuenta rango o distinción. Los que están heridos en un menor grado pueden esperar hasta que lleguen sus hermanos de batalla; los que están gravemente

mutilados y no han sido operados y vestidos, no sobrevivirían muchas horas; rara vez, hasta el día siguiente”.

También se le da crédito al cirujano naval británico John Wilson con la siguiente gran contribución al Triage militar. En 1846, Wilson argumentó que, para hacer sus esfuerzos más eficaces, los cirujanos debían centrarse en aquellos pacientes que necesitan tratamiento inmediato y para los que era probable que el tratamiento fuese exitoso, difiriendo el tratamiento para otro momento en aquellos cuyas heridas son menos graves o aquellos cuyas heridas eran probablemente fatales con o sin intervención inmediata. Los cirujanos militares refinaron continuamente sus protocolos de Triage, ampliando el uso del término por primera vez durante la Primera Guerra Mundial. En 1966, Weirman y cols¹⁰ publicaron la primera descripción sistemática del uso civil de Triage. (Acuña Ramirez, y otros, 2015).

Actualmente existen cinco modelos de Triage normalizados, universalizados, estructurados y estandarizados, de cinco niveles adaptados al área de urgencias:

- La Australian Triage Scale (ATS).
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
- El Manchester Triage System (MTS).
- El Emergency Severity Index (ESI).
- El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) a partir del Modelo Andorra de Triage (MAT). (Vásquez Galbán, 2015).

TABLA COMPARATIVA DE LOS DISTINTOS SISTEMAS DE TRIAGE EMPLEADOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA					
Nivel de Prioridad	MTS	ATS	CTAS	ESI	SET-MAT
Crítico Nivel I	Inmediato	Inmediato	Inmediato	Inmediato	Inmediato
Emergencia Nivel II	10 minutos	10 minutos	15 minutos	10 minutos	Inmediato enfermería 7 minutos médico
Urgencia Nivel III	60 minutos	30 minutos	30 minutos	30 minutos	30 minutos
Estándar Nivel IV	120 minutos	60 minutos	60 minutos	60 minutos	45 minutos
No urgente Nivel V	240 minutos	120 minutos	120 minutos	120 minutos	60 minutos

El Triage de Manchester es utilizado, desde el año 2009, en los Servicios de Urgencias de las diferentes instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social (CSS) para clasificar por colores según el tipo de padecimiento del paciente. (Pérez Sánchez, 2019).

Al ingresar el paciente, según la gravedad de sus síntomas, se le asigna un color, esto permite agilizar la atención y educar a la población para que utilice correctamente los servicios de urgencia.

Clasificación del color, según la gravedad del paciente. (CSS, 2012).

Color	Definición	Tiempo máximo de espera
Rojo	Crítico: existe riesgo inmediato de la vida del paciente y debe ser atendido inmediatamente.	0 minutos
Amarillo	Urgencia: no se considera una emergencia, pero el paciente necesita pasar por una evaluación.	Hasta 60 minutos
Verde	No urgente: es considerado un caso menos grave, el paciente es dirigido a la consulta externa.	Hasta 120 minutos
Azul	No urgente: paciente con problemas no agudos. No requiere valoración médica inmediata, se canaliza su atención a la consulta externa.	Hasta 240 minutos
Negro	Fallecido	

Las urgencias médicas constituyen un caso especial del acceso a servicios de salud. En primer lugar, en estos servicios se atienden necesidades asociadas con deterioros del estado de salud, en casos extremos cuando se pone en riesgo la vida de las personas. Quienes buscan estos servicios padecen una dolencia o accidente cuya atención debe ser inmediata o prioritaria, sin importar su costo y dando prioridad a la expectativa de vida. (Restrepo Zea, Jaén Posada, Espinal Piedrahita, & Zapata Florez, 2018).

Según Ana Sanjur coordinadora de urgencias CSS “Panamá acoge este sistema implementado mundialmente y recomendado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) con el mismo propósito, clasificar y priorizar a los pacientes en categorías, de acuerdo con sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención”. Añade que el análisis de los tiempos de espera según el nivel de Triage proporciona una herramienta clara y comparable para definir el grado de saturación de un servicio de urgencias en un momento dado. (Pérez Sánchez, 2019).

Un sistema de Triage estructurado moderno, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencia, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.

Un factor fundamental a la hora de implantar un sistema de Triage estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano en el proceso de implantación, junto al análisis de la realidad de los servicios de urgencia donde se implanta, las propuestas de mejora continua y la evaluación de resultados. Es básico que se ejerza un liderazgo claro en los servicios, basado en el principio de justicia y en el concepto de que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia, y que sus intereses no tienen por qué entrar en conflicto con los intereses de los profesionales ni del resto del sistema sanitario, sino al contrario, que el trabajo centrado en el paciente beneficia a todos. (OPS, 2011).

El Triage no está diseñado para identificar pacientes que acuden a urgencias justificada o injustificadamente, sino que está orientado para aquellos pacientes que demandan atención médica y requieren que sean atendidos en un intervalo de tiempo adecuado. (Ortíz Alvarado, Armenta Inzunza, Anzaldo Campos, & Camarena Herrera, 2022).

En América Latina, estudios realizados en Chile nos refleja esta problemática, con un 43.3% de población que utiliza el servicio de urgencias, de manera inadecuada; la cual es comparada con el 23,6%, que se identifica en estudios colombianos. (Burgos Navarro, García Zurita, & Mayorga Arroyo, 2014). Otros estudios realizados en Colombia, revelaron que el mal uso del servicio de urgencias es una constante en la ciudad de Medellín y en el país en general, acentuándose en el grupo



de los pobres no afiliados, cuya cifra supera el 50%. Otro estudio realizado en México demostró que las consultas consideradas inadecuadas, 74.1% correspondió a adultos y 121 (25.5%) a niños; 61.1% al sexo masculino, con una media de 3.57 años para los niños y de 65.15 años para la de adultos. (Loría Castellanos, Flores Maciel, Márquez Ávila, & Valladares Aranda, 2010).

En Panamá un estudio realizado en Veraguas, Panamá en el servicio de urgencia del Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega de la Caja de Seguro Social, marzo a agosto 2016 en donde los resultados indicaron diferencias significativas entre: La edad y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario con un $\chi^2 = 9.276$, un OR = 2.051 (1.286-3.270) y valor $p = .002$.

El lugar de residencia y uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario con un $\chi^2 = 6.026$, un OR= 1.679 (1.109 -2.542) $p = .014$. Los resultados apoyan la conclusión que, el tener menos de 50 años, vivir en área urbana, son factores de riesgo para el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario. (Zerna Jimenéz, 2017)

2.3. PRUEBA CHI-CUADRADO

Una prueba chi-cuadrado es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos.

Existen varios tipos de pruebas de chi-cuadrado:

➤ Prueba de bondad de ajuste de chi-cuadrado

Este análisis para prueba qué tan bien una muestra de datos categóricos se ajusta a una distribución teórica.

Por ejemplo, se puede comprobar si un dado es justo, lanzando el dado muchas veces y utilizando una prueba de bondad de ajuste de chi-cuadrada para determinar si los resultados siguen una distribución uniforme. En este caso, el estadístico de chi-cuadrada cuantifica qué tanto varía la distribución observada de los conteos con respecto a la distribución hipotética.

➤ **Pruebas chi-cuadrada de asociación e independencia**

Los cálculos para estas pruebas son iguales, pero la pregunta que se está tratando de contestar puede ser diferente.

- Prueba de asociación: Utilice una prueba de asociación para determinar si una variable está asociada a otra variable. Por ejemplo, determine si las ventas de diferentes colores de automóviles dependen de la ciudad donde se venden.
- Prueba de independencia: Utilice una prueba de independencia para determinar si el valor observado de una variable depende del valor observado de otra variable. Por ejemplo, determine si el hecho de que una persona vote por un candidato no depende del sexo del elector. (Minitab, 2021).

Fórmula de Chi cuadrado

$$X^2 (df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

X^2 = Chi cuadrado

df = grado de libertad

\sum = suma de ...

O = eventos observados

E = eventos esperados

2.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo, consiste en describir las tendencias claves en los datos existentes y observar las situaciones que conduzcan a nuevos hechos. Este método se basa en una o varias preguntas de investigación y no tiene una hipótesis. Además, incluye la recopilación de datos relacionados, posteriormente, los organiza, tabula y describe el resultado. Un análisis básico descriptivo implica el calcular las medidas simples de composición y distribución de variables. Dependiendo del tipo de datos, pueden ser proporciones, tasas, razones o promedios.

Además, cuando sea necesario, como en el caso de las encuestas por muestreo, pueden utilizarse medidas de asociación entre variables para decidir si las diferencias observadas entre mujeres y hombres son estadísticamente significativas o no. (QuestionPro, 2022).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo para caracterizar a los pacientes que asistieron al servicio de urgencias de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés en el mes de febrero 2019 y febrero 2022, con un diseño retrospectivo longitudinal, ya que los datos se refieren a hechos acontecidos y las observaciones se hacen en más de una ocasión y son aquellos que investigan a lo largo del tiempo, en relación o no a una intervención.

3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la recolección de datos, se utilizó el programa informático Microsoft Excel que consta de 6 columnas en donde en cada columna se identifican las variables de estudio (N° de paciente o código, sexo, edad, área de residencia, tipo de paciente que recibe el servicio y clasificación de paciente).

3.3. VARIABLE DEL ESTUDIO

Las variables de estudio se extrajeron de la base de datos de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022.

Las variables analizadas para el estudio aparecen en el siguiente cuadro:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Valor
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. (OxfordLanguage, 2022).	Datos de la edad en años registrado en el expediente clínico.	Cuantitativa Ordinal	Edad registrada
Sexo	Hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (Estadística, s.f.)	Sexo de los pacientes registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Área de residencia	Lugar donde se vive. (OxfordLanguage, 2022)	Lugar donde vive los pacientes registrados en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal	Panamá Centro Panamá Este Panamá Norte Panamá Oeste San Miguelito
Tipo de paciente que recibe el servicio	Toda clase de pacientes con o sin seguro que reciben atención. (Social)	Pacientes asegurados o no asegurados registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal	*Asegurado Activo *Pensionado por vejez *Esposa/ Compañera *Hijo (a) *Padres *Esposo compañero inválido *Pensionado por Riesgo Profesional *Pensionado por Enfermedad Común *Sobreviviente *No Asegurado
Clasificación de pacientes	Se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, enfermedades crónicas que padezca el paciente y el estado físico en el que se encuentre. (emergencias, 2018)	Clasificación de los pacientes según el triage (color) registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal	Negro Rojo Amarillo Verde Azul

3.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información requerida para el estudio, corresponde a la base de datos existente en el departamento de Registro y Estadística de Salud del sitio de estudio, a la cual se solicitó el acceso de la información comprendida de los meses de febrero 2019 y febrero 2022. Una vez se contó con el acceso a la base de datos se seleccionaron los datos para el estudio.

Se seleccionaron únicamente las variables requeridas para el estudio, y se realizaron los análisis utilizando el programa informático Microsoft Excel, adjudicando un número de codificación por paciente, para guardar la confidencialidad de los datos, esta información será manejada por la investigadora principal.

Luego que los datos organizados de acuerdo con las variables de estudio, se procedió a formalizar la base de datos en el programa informático Microsoft Excel, que permitirá realizar los análisis globales que se presentarán en gráficas, cuadros e indicadores poblacionales.

Se trabajó con el universo completo, siendo este todos los registros del periodo de estudio que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población incluye la totalidad de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022.

3.4.2. MUESTRA

Comprende el total de registros de la base de datos de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés en el mes febrero 2019 con un total de 6,597 pacientes y febrero 2022 con un total de 3,410 pacientes. Se trabajará con el universo (10,007 pacientes).

3.5. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

El propósito fundamental del presente estudio fue explorar las relaciones entre las variables a partir de la información que se recogió en la base de datos. Esta información proporcionará una visión global acerca de la prevalencia de los pacientes que utilizan el servicio de urgencia de forma inadecuada y aportará datos descriptivos e inferenciales acerca de las características y el uso inadecuado del servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Los resultados que se arrojaron en el presente estudio de investigación sobre el uso inadecuado del servicio de urgencia por parte de los pacientes en estudio, se presentarán en tablas y gráficos; en los mismos, se visualiza la frecuencia y el porcentaje del universo sometido al estudio.

3.5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Para procesar los datos se utilizó el programa informático Microsoft Excel, donde se crearon los cuadros y gráficas.

3.5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Se utilizó el programa estadístico SPSS para realizar la prueba Chi- Cuadrado y crear cuadros de asociación.

3.6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron extraídos de la base de datos del sistema de información XHis (Sistema de información de salud que permite compartir y acceder a la información del paciente).

3.7. MÉTODOS ESTADÍSTICOS UTILIZADOS

Para el análisis descriptivo se utilizó el programa informático Microsoft Excel para crear las tablas y gráficas, para el análisis inferencial, la prueba Chi-Cuadrado se utilizó el programa estadístico SPSS.

3.8. CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se incluyen todos los registros de los expedientes clínicos de pacientes que asistieron al servicio de urgencia durante los meses de febrero 2019 y febrero 2022.

3.9. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Se excluyen de la base de datos los pacientes con datos incompletos.

3.10. ASPECTOS ÉTICOS

Se respeta el compromiso de la reserva de los datos obtenidos y no se divulgará ninguna información que permita identificar a las personas en estudio y se cumplirá con los principios éticos y morales nacionales e internacionales que rige toda investigación que involucren sujetos humanos como lo son: Informe de Belmont, Declaración de Helsinki, Buenas Prácticas Clínicas y criterios establecidos en los códigos o leyes vigentes.

La información de los pacientes va hacer manipulada por el investigador y resguardada en un USB en una base de datos sin nombre por un periodo de 5 años en el Departamento de Registro y Estadística de Salud en un archivador bajo llave.

Luego de que cumpla los años establecidos se procederá a formatear el USB en una computadora del departamento de Registro y Estadística de Salud dejándolo totalmente limpio de información y luego se destruirá dándole golpes fuertes o haciendo perforaciones hasta que el USB quede inservible para que no quede ninguna

evidencia de la información confidencial, se hará en presencia del jefe del Departamento de Registro y Estadística de Salud. Se hará uso de libro de códigos para la descripción y localización de cada paciente y así poder resguardar la confidencialidad de sus datos. Este estudio será sometido al Comité Institucional de Ética e Investigación de la Caja de Seguro Social.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

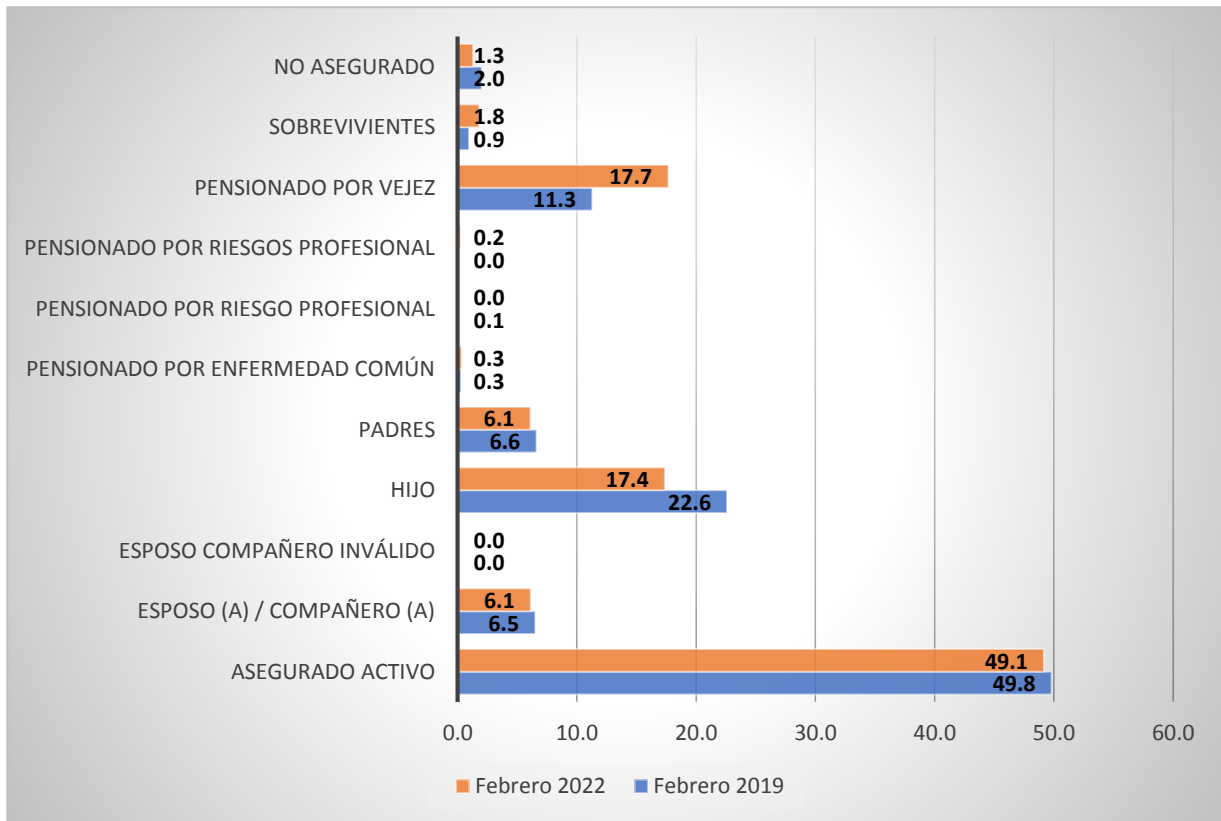
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Cuadro 1. Distribución porcentual de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según tipo de pacientes que recibe el servicio. Febrero 2019 y febrero 2022

Tipo de paciente que recibe el servicio	Mes			
	Febrero 2019		Febrero 2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Asegurado Activo	3285	49.8%	1676	49.1%
Esposos (a) / Compañeros (a)	428	6.5%	209	6.1%
Esposos compañeros invalidos	1	0.0%	0	0.0%
Hijos	1490	22.6%	592	17.4%
Padres	435	6.6%	208	6.1%
Pensionados por Enfermedad Común	17	0.3%	11	0.3%
Pensionados por Riesgo Profesional	4	0.1%	0	0.0%
Pensionados por Riesgos Profesionales	0	0.0%	7	0.2%
Pensionados por Vejez	743	11.3%	602	17.7%
Sobrevivientes	62	0.9%	61	1.8%
No Asegurado	132	2.0%	44	1.3%
Total	6597	100%	3410	100%

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 1. Distribución porcentual de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según tipo de paciente que recibe el servicio. Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: La muestra está conformada por 10 007 pacientes que asistieron al servicio de urgencia en febrero de 2019 con 6597 pacientes y febrero 2022 con 3410 pacientes de los cuales 49.8% son asegurados activos para febrero 2019 y 49.1% para febrero 2022. Hijos un 22.6% en febrero 2019 y 17.4% para febrero 2022 y pensionados por vejez un 11.3% para febrero 2019 y 17.7% para el febrero 2022.

Cuadro 2. Distribución porcentual del grupo etario de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

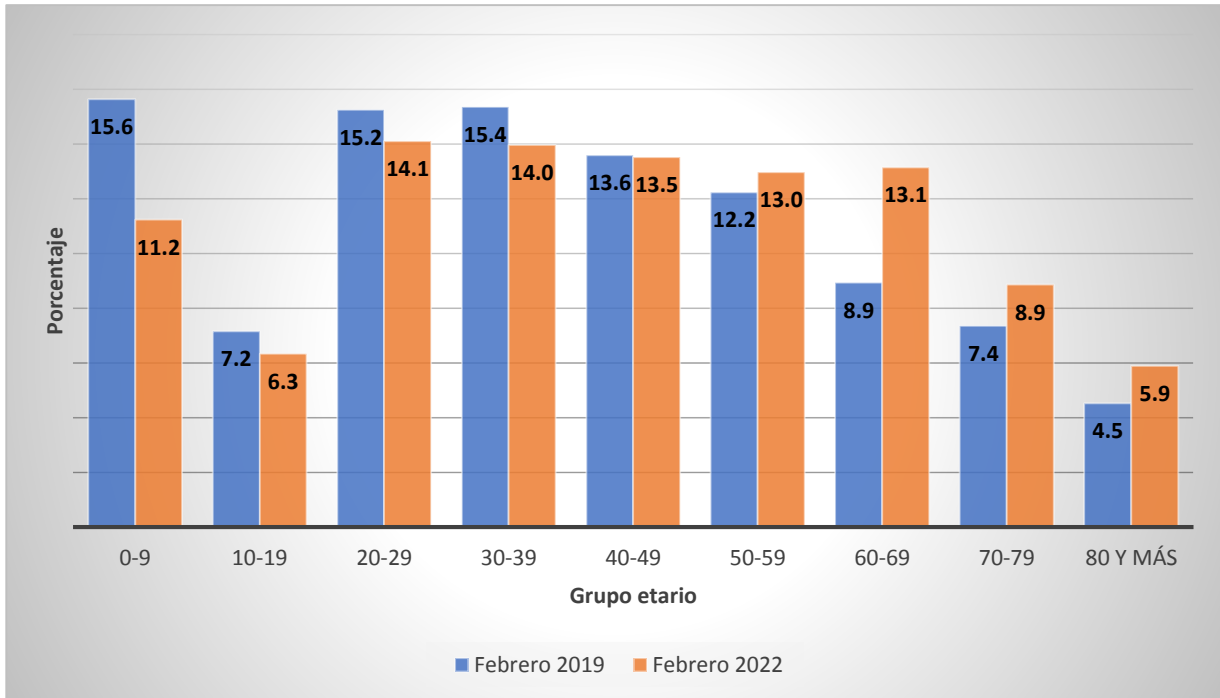
Febrero 2019 y febrero 2022

Grupo etario	Mes			
	Febrero 2019		Febrero 2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0-9	1031	15.6%	383	11.2%
10-19	472	7.2%	216	6.3%
20-29	1006	15.2%	481	14.1%
30-39	1013	15.4%	476	14.0%
40-49	896	13.6%	461	13.5%
50-59	807	12.2%	442	13.0%
60-69	589	8.9%	448	13.1%
70-79	485	7.4%	302	8.9%
80 y más	298	4.5%	201	5.9%
Total	6597	100%	3410	100%

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 2. Distribución porcentual del grupo etario de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: La mayoría de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia están (0-9) años con un 15.6% para febrero 2019, seguido con edades de (30-39) con un 15.4% y los de (20-29) con un 15.2% y para febrero 2022 en su mayoría asistieron de (20-29) con un 14.1% seguido los de (30-39) con un 14.0%. Y en menor cantidad los de 80 años y más, para febrero 2019 solo represento un 4.5% y 5.9% en febrero 2022 del total de pacientes que asistieron a este servicio.

Cuadro 3. Distribución porcentual del sexo de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

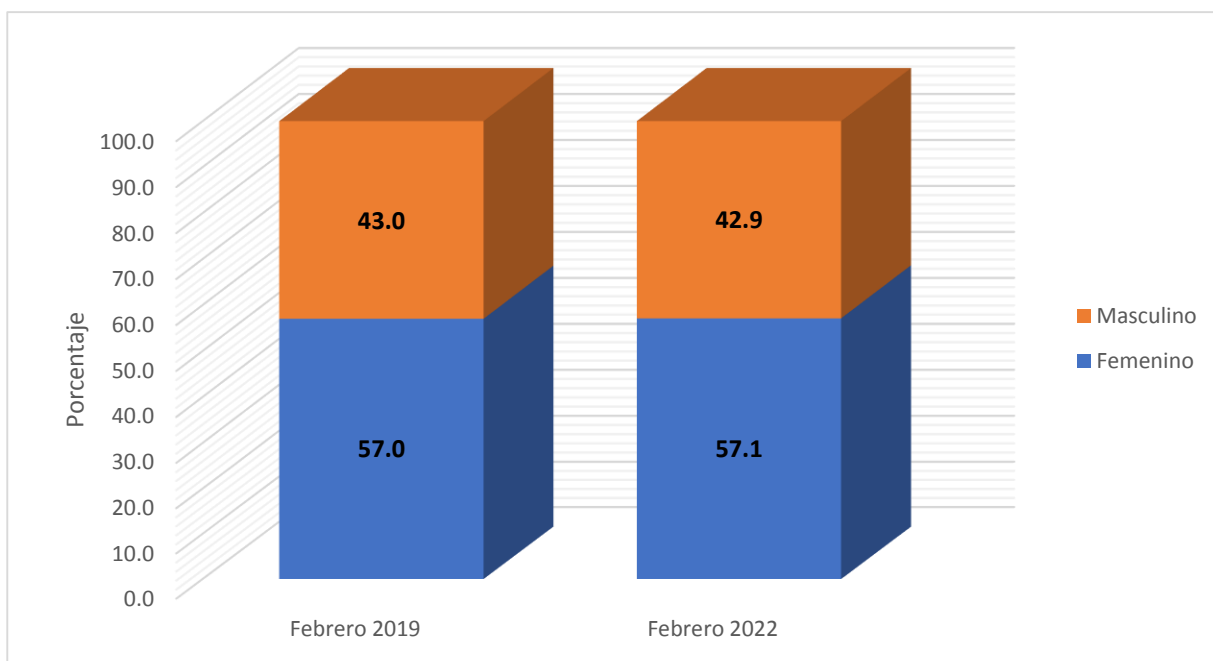
Febrero 2019 y febrero 2022

Sexo	Mes			
	Febrero 2019		Febrero 2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	3762	57.0%	1948	57.1%
Masculino	2835	43.0%	1462	42.9%
Total	6597	100%	3410	100%

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 3. Distribución porcentual del sexo de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: En el servicio de urgencia de la policlínica asistieron más mujeres tanto para febrero 2019 con un (57.0%) como para febrero 2022 con un (57.1%), respectivamente en comparación con los hombres que para febrero 2019 con un (43.0%) y para febrero 2022 con un (42.9%).

Cuadro 4. Distribución porcentual del área de residencia de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

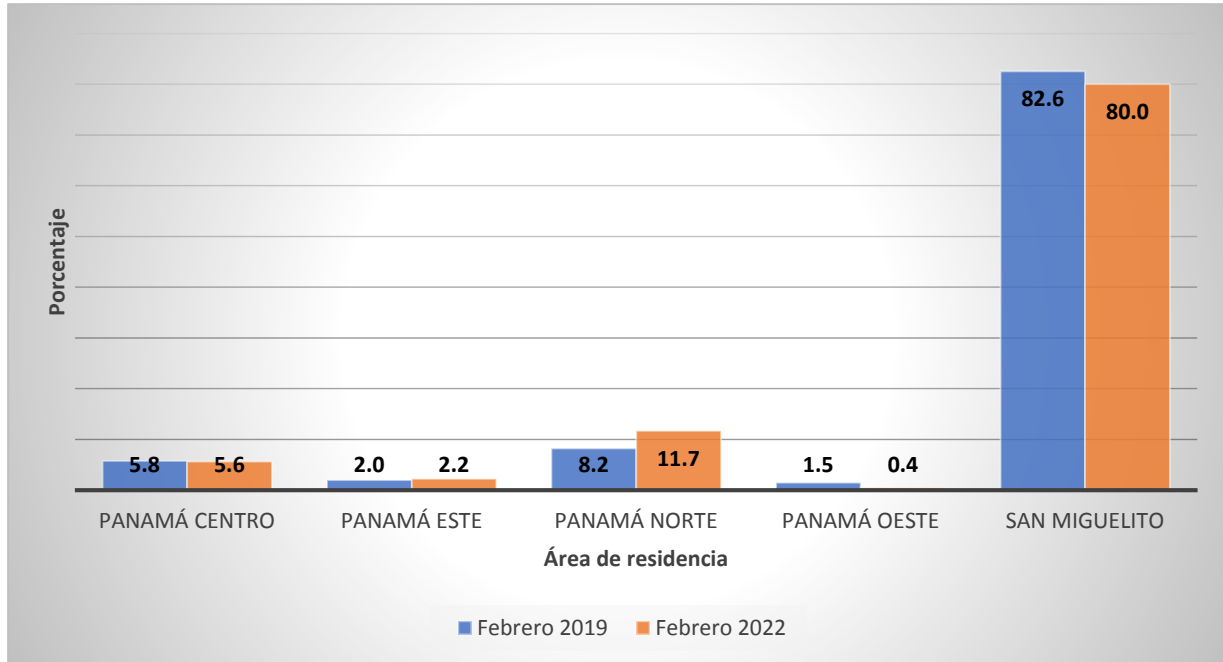
Febrero 2019 y febrero 2022

Área de residencia	Mes			
	Febrero 2019		Febrero 2022	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Panamá Centro	381	5.8%	192	5.6%
Panamá Este	132	2.0%	76	2.2%
Panamá Norte	542	8.2%	399	11.7%
Panamá Oeste	96	1.5%	15	0.4%
San Miguelito	5446	82.6%	2728	80.0%
Total	6597	100%	3410	100%

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 4. Distribución Porcentual del área de residencia de los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: Los pacientes que asistieron a este servicio en su mayoría son del Distrito de San Miguelito con un (82.6%) en febrero 2019 y con un (80.0%) en febrero 2022, por la razón lógica que esta policlínica es una de las más antigua en este distrito, aunque un porcentaje también vienen de Panamá Norte (8.2%) para febrero 2019 y (11.7%) para febrero 2022.

Cuadro 5. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

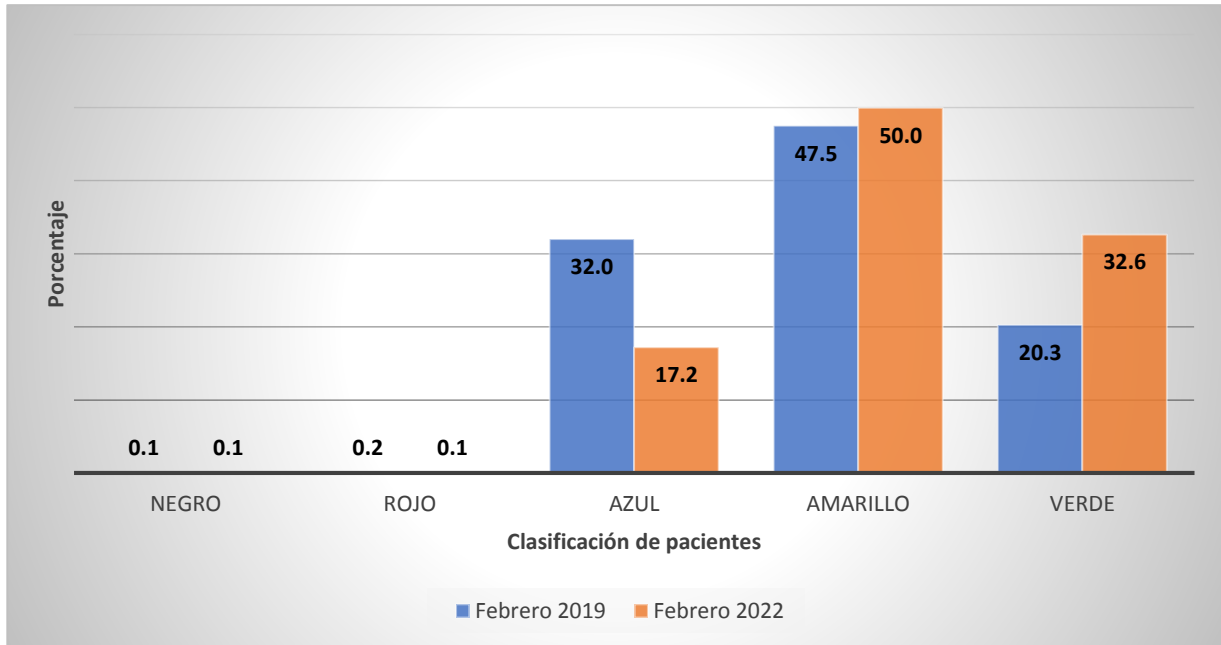
Febrero 2019 y febrero 2022

Clasificación de pacientes	Mes			
	Febrero 2019		Febrero 2022	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Negro	5	0.1%	4	0.1%
Rojo	10	0.2%	3	0.1%
Azul	2112	32.0%	586	17.2%
Amarillo	3133	47.5%	1704	50.0%
Verde	1337	20.3%	1113	32.6%
Total	6597	100%	3410	100%

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 5. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: Al comparar los pacientes que asistieron al servicio de urgencia y clasificado según el Triage de Manchester los pacientes no urgentes (azul y verde) que asistieron a este servicio con un (52.3%) para febrero 2019 mientras que para febrero 2022 un (49.8%). Sin embargo (47.8%) pacientes fueron clasificado como urgencia (negro, rojo y amarillo) para febrero 2019 y para febrero 2022 con un (50.2%).

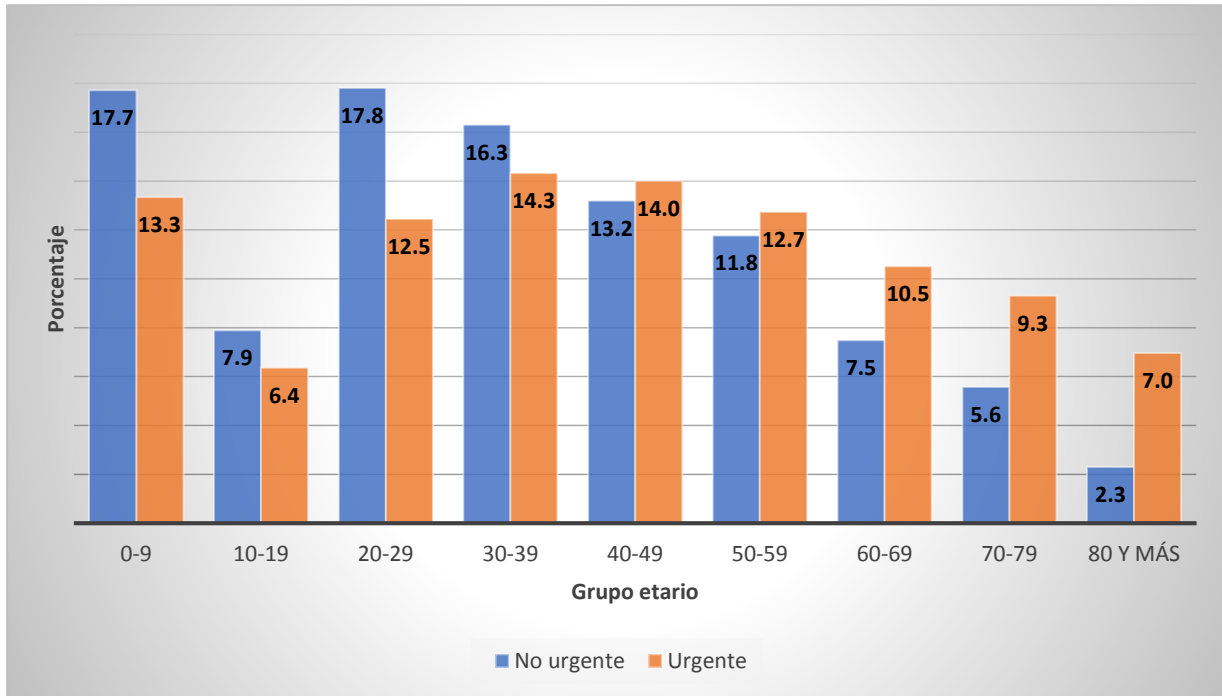
Cuadro 6. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según grupo etario.

Febrero 2019 y febrero 2022

Mes	Grupo etario	Tipo de paciente			
		No urgente	Porcentaje	Urgente	Porcentaje
Febrero 2019	0-9	611	17.7%	420	13.3%
	10-19	272	7.9%	200	6.4%
	20-29	614	17.8%	392	12.5%
	30-39	562	16.3%	451	14.3%
	40-49	455	13.2%	441	14.0%
	50-59	406	11.8%	401	12.7%
	60-69	258	7.5%	331	10.5%
	70-79	192	5.6%	293	9.3%
	80 y más	79	2.3%	219	7.0%
	Total	3449	100%	3148	100%
Febrero 2022	0-9	259	15.2%	124	7.2%
	10-19	123	7.2%	93	5.4%
	20-29	264	15.5%	217	12.7%
	30-39	252	14.8%	224	13.1%
	40-49	221	13.0%	240	14.0%
	50-59	209	12.3%	233	13.6%
	60-69	195	11.5%	253	14.8%
	70-79	112	6.6%	190	11.1%
	80 y más	64	3.8%	137	8.0%
	Total	1699	100%	1711	100%
Total	0-9	870	16.9%	544	11.2%
	10-19	395	7.7%	293	6.0%
	20-29	878	17.1%	609	12.5%
	30-39	814	15.8%	675	13.9%
	40-49	676	13.1%	681	14.0%
	50-59	615	11.9%	634	13.0%
	60-69	453	8.8%	584	12.0%
	70-79	304	5.9%	483	9.9%
	80 y más	143	2.8%	356	7.3%
	Total	5148	100%	4859	100%

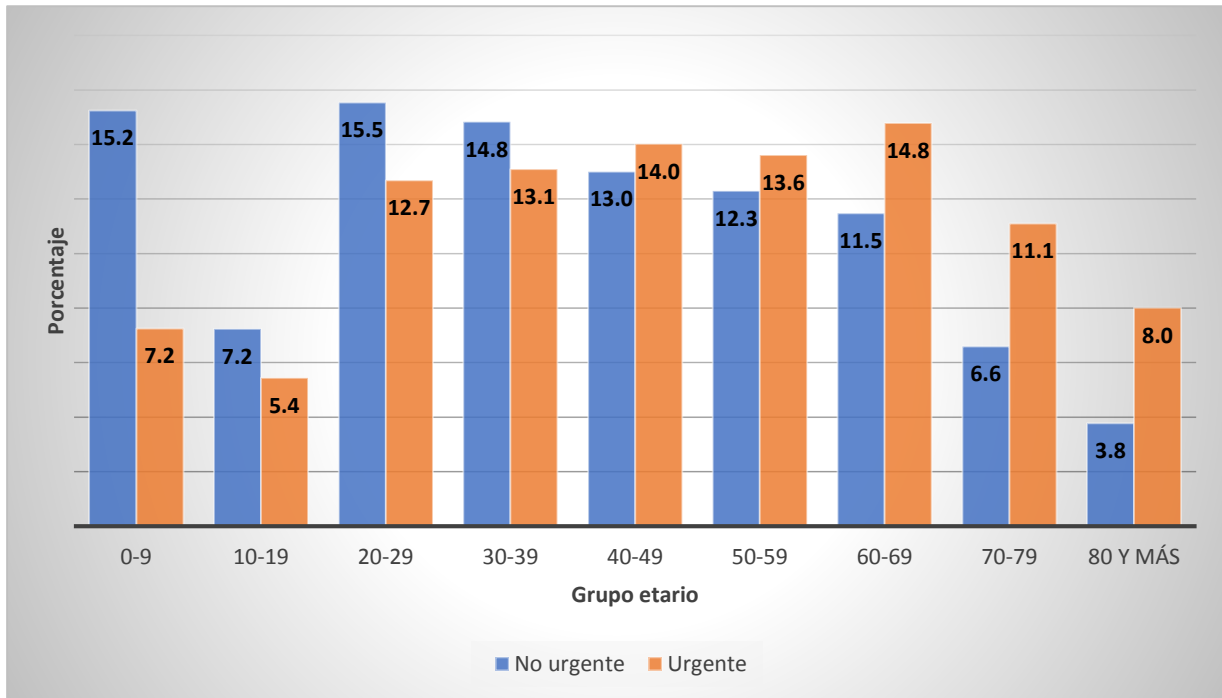
Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 6. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según grupo etario. Febrero 2019



Interpretación: Los grupos etarios clasificados como no urgente que asistieron a este servicio para febrero 2019 en su mayoría son de (20-29) con 17.8% y (0-9) con 17.7% y los grupos etarios que fueron clasificados como urgente en su mayoría fueron de (30-39) con 14.3% y (40-49) con 14.0%.

Gráfica 7. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según grupo etario. Febrero 2022



Interpretación: Los grupos etarios clasificados como no urgente que asistieron a este servicio para febrero 2022 en su mayoría son de (20-29) con 15.5% y (0-9) con 15.2% y los grupos etarios que fueron clasificados como urgente en su mayoría fueron de (60-69) con 14.8% y (40-49) con 14.0%.

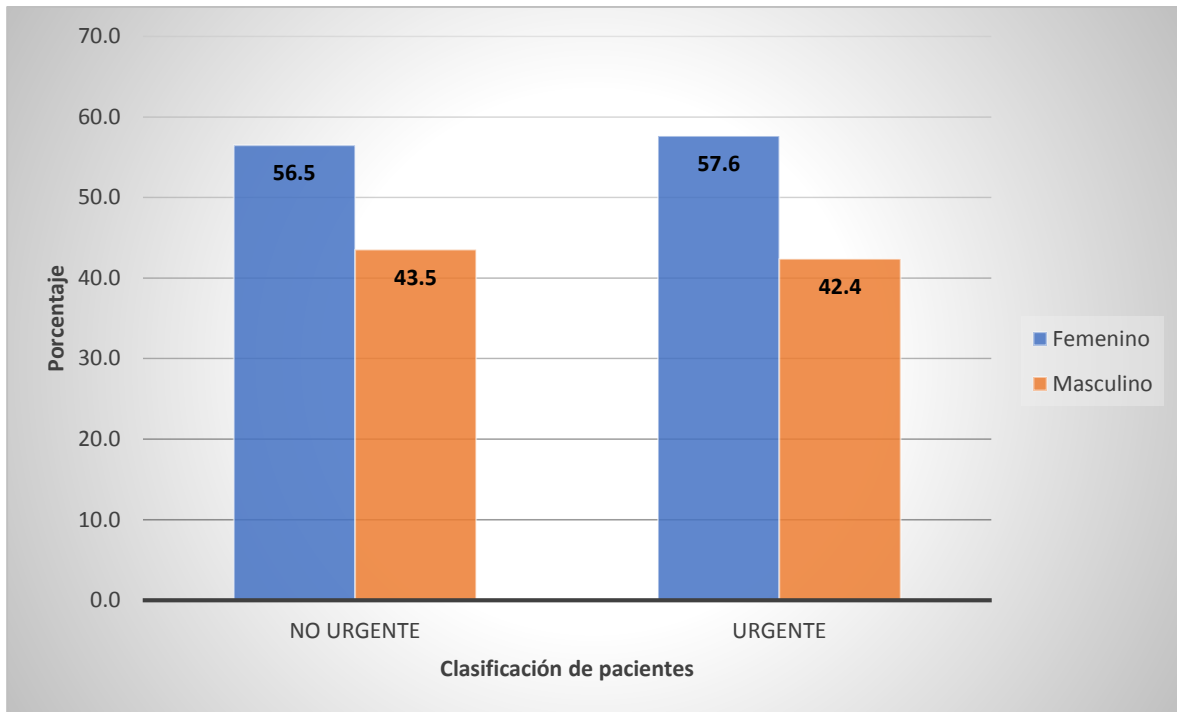
Cuadro 7. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según sexo.

Febrero 2019 y febrero 2022

Mes	Sexo	Clasificación de pacientes			
		No urgente	Porcentaje	Urgente	Porcentaje
Febrero 2019	Femenino	1948	56.5%	1814	57.6%
	Masculino	1501	43.5%	1334	42.4%
	Total	3449	100%	3148	100%
Febrero 2022	Femenino	964	56.7%	984	57.5%
	Masculino	735	43.3%	727	42.5%
	Total	1699	100%	1711	100%
Total	Femenino	2912	56.6%	2798	57.6%
	Masculino	2236	43.4%	2061	42.4%
	Total	5148	100%	4859	100%

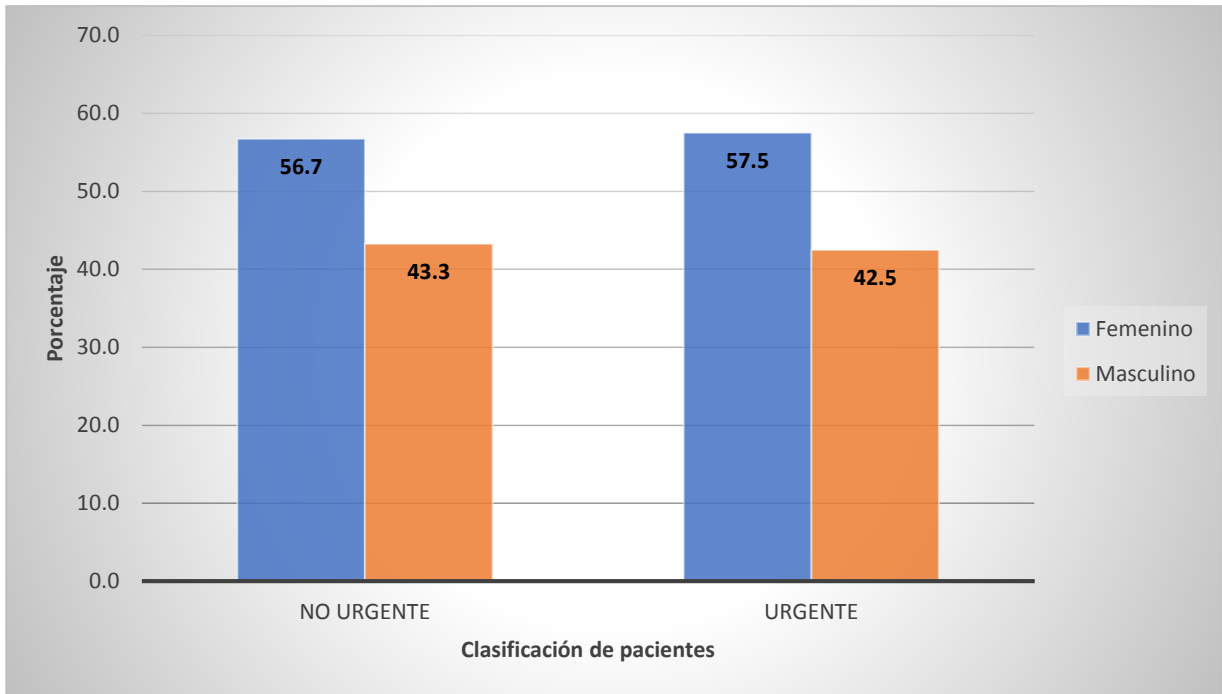
Fuente: Registros Médico de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Gráfica 8. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según sexo. Febrero 2019



Interpretación: El sexo femenino fue clasificado como urgente con 57.6% y no urgentes con 56.5%. El sexo masculino fue clasificado como no urgentes con un 43.5% y urgente con 42.4%

Gráfica 9. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según sexo. Febrero 2022



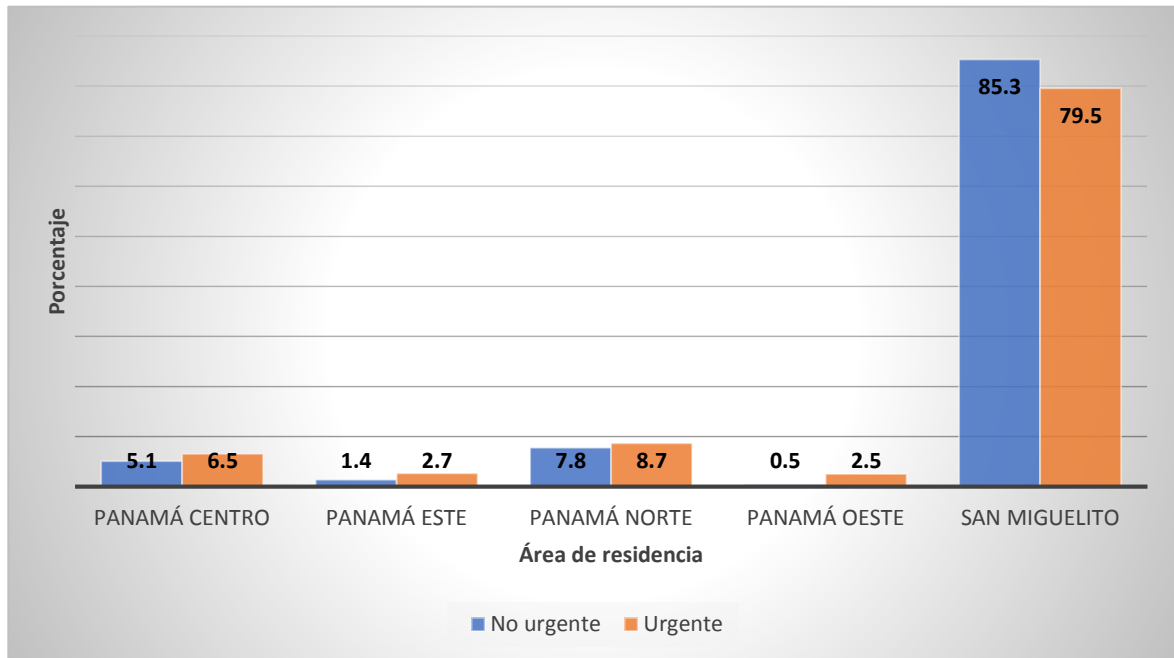
Interpretación: El sexo femenino fue clasificado como urgente con 57.5% y no urgente con 56.7%. El sexo masculino fue clasificado como urgente con 43.3% y no urgente con 42.5%.

Cuadro 8. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según área de residencia. Febrero 2019 y febrero 2022

Mes	Clasificación de pacientes				
	Área de residencia	No urgente	Porcentaje	Urgente	Porcentaje
Febrero 2019	Panamá Centro	175	5.1%	206	6.5%
	Panamá Este	48	1.4%	84	2.7%
	Panamá Norte	268	7.8%	274	8.7%
	Panamá Oeste	16	0.5%	80	2.5%
	San Miguelito	2942	85.3%	2504	79.5%
	Total	3449	100%	3148	100%
Febrero 2022	Panamá Centro	71	4.2%	121	7.1%
	Panamá Este	30	1.8%	46	2.7%
	Panamá Norte	206	12.1%	193	11.3%
	Panamá Oeste	4	0.2%	11	0.6%
	San Miguelito	1388	81.7%	1340	78.3%
	Total	1699	100%	1711	100%
Total	Panamá Centro	246	4.8%	327	6.7%
	Panamá Este	78	1.5%	130	2.7%
	Panamá Norte	474	9.2%	467	9.6%
	Panamá Oeste	20	0.4%	91	1.9%
	San Miguelito	4330	84.1%	3844	79.1%
	Total	5148	100%	4859	100%

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Manuel María Valdés.

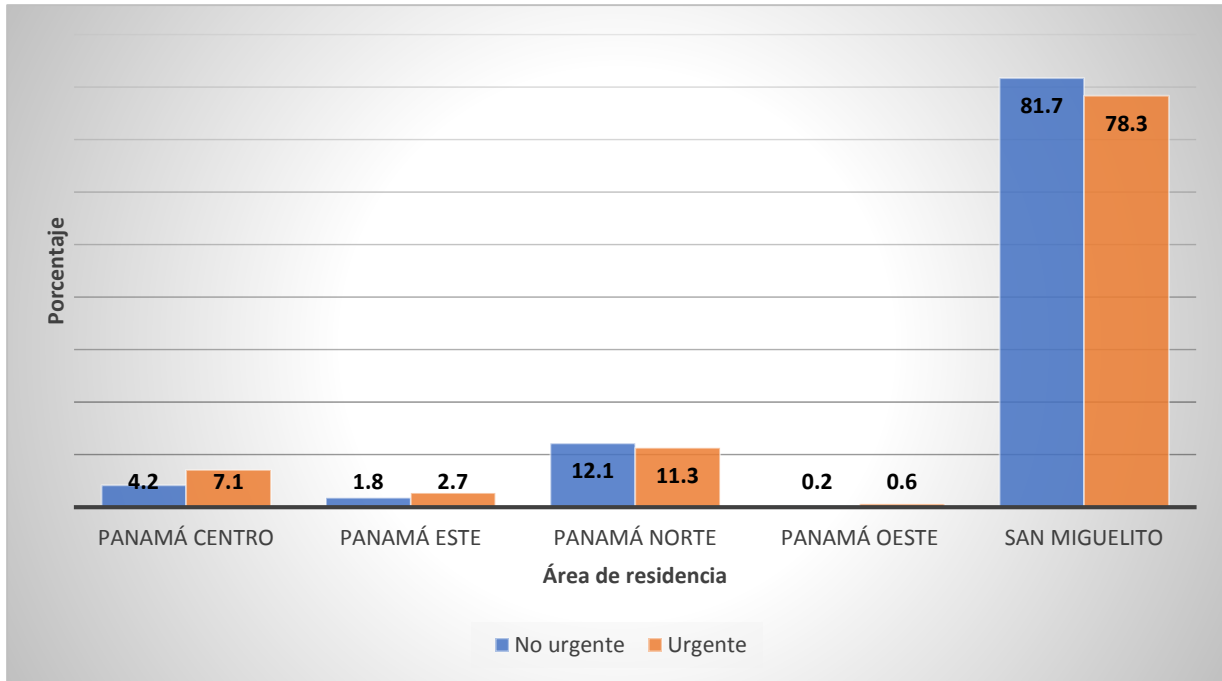
Gráfica 10. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según área de residencia. Febrero 2019



Interpretación: Los pacientes clasificados como no urgentes con 85.3% y urgente con 79.5% residen en el área de San Miguelito, seguido de Panamá Norte con pacientes clasificados como urgente con 8.7% y no urgente con 7.8%.

Gráfica 11. Clasificación de pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, según área de residencia.

Febrero 2022



Interpretación: Los pacientes clasificados como no urgentes con 81.7% y urgente con 78.3% residen en el área de San Miguelito, seguido de Panamá Norte con pacientes clasificados como no urgente con 12.1% y urgente con 11.3%.

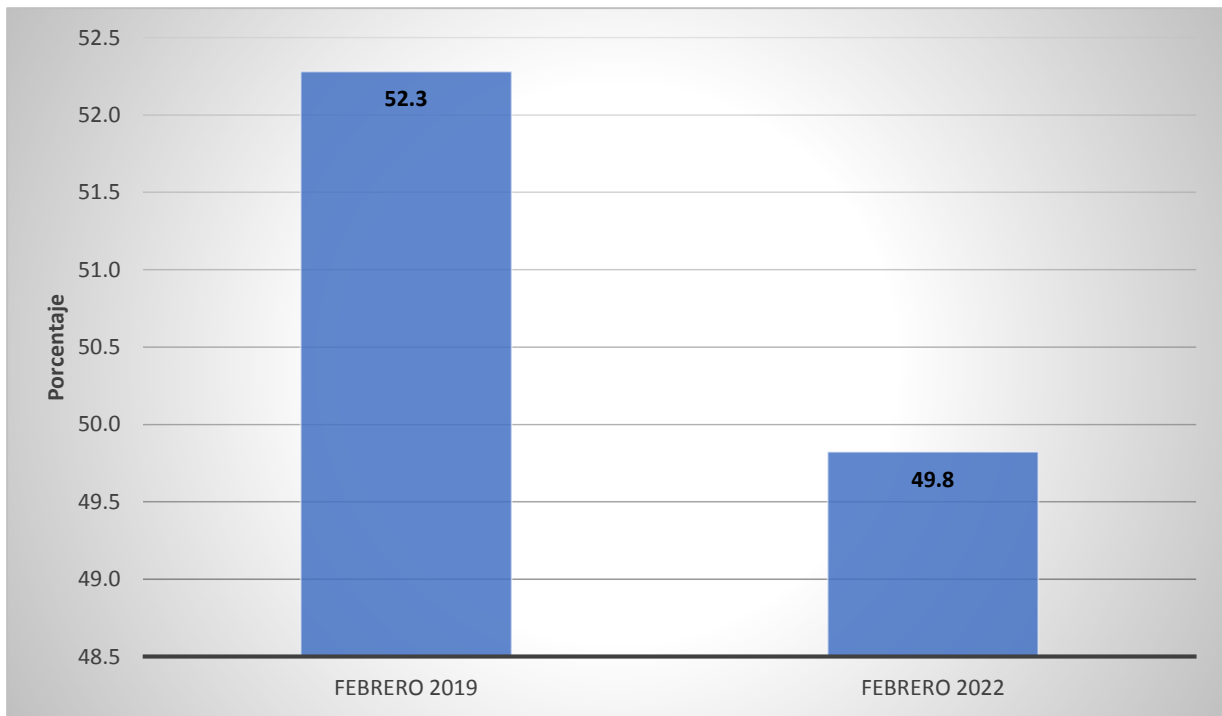
Cuadro 9. Distribución porcentual de la clasificación de los pacientes urgentes y no urgentes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés. Febrero 2019 y febrero 2022

Mes	Clasificación de pacientes				Total
	No Urgente	Porcentaje	Urgente	Porcentaje	
Febrero 2019	3449	52.3	3148	47.7	6597
Febrero 2022	1699	49.8	1711	50.2	3410
TOTAL	5148	51.4	4859	48.6	10007

Fuente: Registros Médico de la Policlínica Manuel María Valdés.

Gráfica 12. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes no urgentes que asistieron a la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

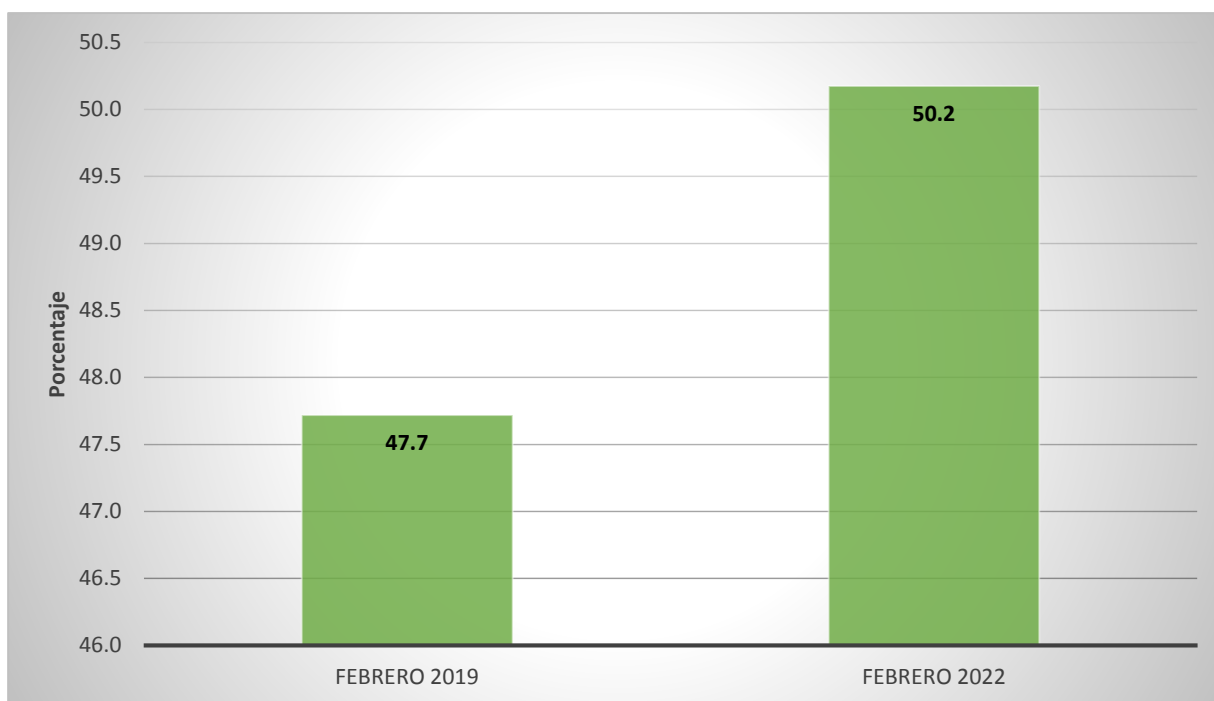
Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: Se puede observar que febrero 2019 hay un 52.3% de pacientes no urgentes y para febrero 2022 hay un 49.8%. esto quiere decir que hubo una disminución de pacientes no urgentes para febrero 2022.

Gráfica 13. Distribución porcentual de la clasificación de pacientes urgentes que asistieron a la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

Febrero 2019 y febrero 2022



Interpretación: Se puede observar que febrero 2019 hay un 47.7% de pacientes urgentes y para febrero 2022 con un 50.2%. esto quiere decir que hubo un aumento de pacientes urgentes para febrero 2022.

Con este análisis se puede llegar a la conclusión que con la intervención realizada hubo una mejoría en la asistencia de pacientes al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés. Si comparamos febrero 2019 con febrero 2022 se observa que hubo una disminución tanto para los pacientes urgentes como para los no urgentes.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Para determinar si existe asociación entre los grupos etarios y la clasificación de pacientes urgentes (amarillo, rojo y negro que suman 4859 entre febrero 2019 y febrero 2022) y no urgentes (verde y azul que suman 5148) se realizó una prueba Chi-cuadrado de dependencia al 5% de confianza.

H₁: Existe asociación entre la clasificación de pacientes y la edad.

H₀: No existe asociación entre la clasificación de pacientes y la edad.

Cuadro 10. Prueba Chi-cuadrado de asociación entre edad y clasificación de pacientes. Febrero 2019 y febrero 2022.

Pruebas de chi-cuadrado				
Año		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
2019	Chi-cuadrado de Pearson	190,285 ^b	8	,000
	Razón de verosimilitud	193,402	8	,000
	N de casos válidos	6597		
2022	Chi-cuadrado de Pearson	99,333 ^c	8	,000
	Razón de verosimilitud	100,377	8	,000
	N de casos válidos	3410		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	273,929 ^a	8	,000
	Razón de verosimilitud	276,790	8	,000
	N de casos válidos	10007		

Conclusión: Como el valor de significancia <0.05 se rechazar la hipótesis nula, esto quiere decir que existe asociación entre la clasificación de pacientes y la edad.

Para determinar si existe asociación entre el sexo del paciente y la clasificación de pacientes urgentes (amarillo, rojo y negro que suman 4859 entre febrero 2019 y febrero 2022) y no urgente (verde y azul 5148) se realizó una prueba Chi-cuadrado de dependencia al 5% de confianza.

H₁: Existe asociación entre la clasificación de pacientes y el sexo.

H₀: No Existe asociación entre la clasificación de pacientes y el sexo.

Cuadro 11. Prueba Chi-cuadrado de asociación entre sexo y clasificación de pacientes. Febrero 2019 y febrero 2022

Pruebas de chi-cuadrado						
Año		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
2019	Chi-cuadrado de Pearson	,879 ^c	1	,349		
	Corrección de continuidad ^b	,832	1	,362		
	Razón de verosimilitud	,879	1	,349		
	Prueba exacta de Fisher				,357	,181
	N de casos válidos	6597				
2022	Chi-cuadrado de Pearson	,096 ^d	1	,757		
	Corrección de continuidad ^b	,075	1	,784		
	Razón de verosimilitud	,096	1	,757		
	Prueba exacta de Fisher				,781	,392
	N de casos válidos	3410				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	,336 ^a	1	,562		
	Corrección de continuidad ^b	,313	1	,576		

Razón de verosimilitud	,336	1	,562		
Prueba exacta de Fisher				,571	,288
N de casos válidos	10007				

Conclusión: Para ninguno de los años hubo significancia estadística entre el sexo y la clasificación de pacientes, esto quiere decir que no existe asociación entre el sexo y la clasificación de pacientes. (significancia >0.05).

4.2.1. HIPÓTESIS

H₁: La proporción de pacientes no urgentes de febrero 2019 es mayor que la proporción de pacientes no urgentes de febrero 2022.

H₀: La proporción de pacientes no urgentes de febrero 2019 es menor o igual que la proporción de pacientes no urgentes de febrero 2022.

$$H_1 = p_1 > p_2$$

$$H_0 = p_1 \leq p_2$$

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

Diferencia = 0,310

z (Valor observado) = 22,635

z (Valor crítico) = 1,960

valor-p (bilateral) < 0,0001

[0,283; 0.337]

El intervalo de confianza para la diferencia de las proporciones.

Decisión: Como el valor calculado $Z_{cal} = 22.635 > Z_c = 1.96$ se rechaza la hipótesis nula.

Conclusión: La proporción de pacientes no urgentes de febrero 2019 es mayor en comparación con la proporción de pacientes no urgentes de febrero 2022. Esto quiere decir que hubo una disminución en la asistencia de pacientes no urgentes en febrero 2022.

CAPITULO V

**PROPUESTA DEL PLAN DE MEJORA PARA EL USO ADECUADO DEL
SERVICIO DE URGENCIA POR LOS PACIENTES EN LA POLICLÍNICA LIC.
MANUEL MARÍA VALDÉS.**

5.1. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La presentación a la que se hace objeto de referencia contrastada por la cantidad de pacientes que asisten al servicio de urgencia de manera inadecuada.

La presente propuesta se titula: Plan de mejora para el uso adecuado del servicio de urgencia por los pacientes en la Policlínica Lic. Manuel María Valdés. Se elabora para ser cumplido a corto plazo, generalmente a un año y es la herramienta que nos permite especificar las actividades, tiempo, presupuesto, responsables tendientes a conseguir la meta propuesta.

5.2. SÍNTESIS DESCRIPTIVAS

Luego de descrito, analizado y explicado los resultados de la presente investigación, se elaboró una propuesta, como un aporte de mejoramiento para el servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés a través de estrategias para orientar y educar a los pacientes sobre el uso adecuado de este servicio.

5.3. INTRODUCCIÓN

Se hizo una intervención en los meses de enero y febrero del 2022 en el servicio de urgencia colocando un banner con información relacionada al triage de Manchester se realizaron charlas cada 3 días, se entregaron volantes explicando al paciente sobre el uso adecuado del servicio de urgencia.

En base a los resultados obtenidos de la intervención aplicada a los pacientes que asistieron al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés se determinó la importancia de orientar y educar al paciente ya que la mayoría de los pacientes que asisten al este servicio lo hacen de manera inadecuada.

5.4. JUSTIFICACIÓN

Luego de la verificación y análisis de la información de datos después de la intervención que se realizó con los pacientes, se considera ofrecer una propuesta de mejoramiento para el uso adecuado del servicio de urgencia por los pacientes, tomando en consideración la realización de charlas, entrega de volantes y también es muy importante utilizar los medios audiovisuales para que la información pueda llegar con más facilidad a los pacientes.

5.5. OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Este proyecto de investigación está orientado a lograr el establecimiento de un plan de mejora para el uso adecuado del servicio de urgencia por los pacientes. Por esta razón tiene como objetivo:

- Orientar y educar al paciente sobre el uso adecuado del servicio de urgencia.

5.6. PLAN OPERATIVO

Para el servicio de urgencia se plantea el siguiente plan operativo:

OBJETIVO	INDICADOR	META	TIEMPO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE	FACTOR CLAVE
Orientar y educar al paciente sobre el uso adecuado del servicio de urgencia.	Porcentaje de pacientes que asisten al servicio de urgencia.	30%	1 año	Presupuesto de la entidad	Jefe del servicio de urgencia	Realizar charlas
	Porcentaje de pacientes no urgentes que asisten al servicio de urgencia.	30%	1 año	Presupuesto de la entidad	Director Coordinador Administrativo	Entrega de volantes Utilizar los medios audiovisuales (televisión, radio, internet y redes sociales)

5.7. MATRIZ COMPARATIVA

Se realiza una matriz comparativa con la intervención que se hizo en el de enero y febrero de 2022 para observar si hubo mejora.

OBJETIVO	INDICADOR	FEBRERO 2019	FEBRERO 2022	META	TIEMPO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE	FACTOR CLAVE
Orientar y educar al paciente sobre el uso adecuado del servicio de urgencia.	Porcentaje de pacientes que asistieron al servicio de urgencia.	65.9%	34.1%	30%	2 meses	Presupuesto del investigador	Investigador	Realizar charlas
	Porcentaje de pacientes no urgentes que asistieron al servicio de urgencia.	34.5%	18.5%	15%	2 meses			Entrega de volantes Banner

CONCLUSIONES

El aumento progresivo y contante puede asociarse al uso inadecuado que se le da al servicio de urgencia y esto puede incidir de una u otra manera en los pacientes que necesiten una atención oportuna.

Este trabajo se realizó para analizar el uso del servicio de urgencia por los pacientes según el Triage de Manchester y también se hizo la intervención en el mes de enero y febrero de 2022 con el fin de buscar estrategias para ayudar a mejorar el uso del mismo y se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los pacientes que hicieron uso del servicio de urgencia para febrero 2019 en su mayoría con edad de (0-9) con 15.6% y (30-39) con 15.4%, el sexo con mayor asistencia fue el femenino con un 57% y la mayor parte de estos pacientes son asegurados activos con un 49.8% y un 82.6% residen en el distrito de San Miguelito.
- Al realizar la comparación con febrero 2022 en donde se realizó la intervención podemos decir que los pacientes que hicieron uso del servicio de urgencia en su mayoría con edad de (20-29) con 14.1% y (30-39) con 14%, el sexo con mayor asistencia fue el sexo femenino con un 57.1% y la mayor parte de estos pacientes son asegurados activos con 49.1% y el 80% residen en el distrito de San miguelito.
- En la prueba de Chi- Cuadrado de febrero 2019 y febrero 2022 y se observó que existe una asociación entre la clasificación de paciente (urgentes y no urgentes) con el grupo etario y por el contrario no existe asociación con el sexo.
- Al realizar la prueba de hipótesis para analizar los resultados después de la intervención se pudo observar que hubo una mejoría significativa del uso inadecuado que le dan los pacientes al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés en febrero 2022.
- Con este estudio se ha logrado dar respuesta a la pregunta de investigación ¿Qué uso le dan los pacientes al servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés, febrero 2019 y febrero 2022?

- Se puede decir que es necesario proponer un plan de mejora para que los pacientes que estén haciendo uso inadecuado del servicio de urgencia de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés tengan el conocimiento de que este uso influye en la congestión del servicio y el aumento de los tiempos de espera por eso es recomendable seguir con las actividades para educar a los pacientes y lograr una mejoría del uso en este servicio.

RECOMENDACIONES

Se recomienda propuesta del plan de mejorar para el uso adecuado del servicio de urgencia por los pacientes en la Policlínica Lic. Manuel María Valdés.

- Los servicios de urgencias son parte clave y necesaria en cualquier sistema sanitario desarrollado. Por lo general, los usuarios siguen teniendo la percepción que en el servicio de urgencia les atenderán mejor y más rápido, sin tener en cuenta que es el servicio donde se reúnen las urgencias más graves.
- Esto puede deberse a una falta de educación entre los pacientes que acceden al servicio de urgencia, por lo que se sugiere aplicar estrategias que muestren a los pacientes la forma adecuada de usar los servicios de urgencia. Es importante recordarle al paciente que en los servicios de urgencias no se atiende por orden de llegada sino por orden de gravedad y aquellas personas donde su vida no se vea comprometida tendrán que esperar.

Para ello se proponen estrategias como:

- Ubicar en el servicio de urgencia, volantes y un banner con información sobre el triage de Manchester y del uso adecuado que se le debe dar a este servicio.
- Realizar campañas sobre el uso adecuado del servicio de urgencia, contar con personal de atención al asegurado en la sala de espera del servicio de urgencia realizando esta tarea.
- Sumamente importante utilizar los medios audiovisuales que puedan llegar al paciente y así poder lograr que distinga una urgencia real. Evitando así un posible riesgo de complicación en la sala de espera y tiempo de espera prolongados por la sobredemanda de atención.

- Se hace necesario contar con la implementación de la propuesta mencionadas con el fin de medir el impacto de la aplicación de la metodología en el servicio de urgencia y de las mejoras planteadas.
- También es necesario vincular a todo el personal de Urgencia (médicos generales, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal administrativo, etc.) sobre la importancia de conocer la clasificación del triage y así informar de manera adecuada a los pacientes sobre el proceso de atención en el servicio de urgencia, siendo la primera línea de comunicación con los pacientes.

REFERENCIAS

- Acuña Ramirez, D., Lara Hernández, B., Basaure Verdejo, C., Navea Carrasco, O., Kripper Mitrano, C., & Saldías Peñafiel, F. (2015). Estratificación de riesgo (Triage). *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 81. Obtenido de https://wiki.ead.pucv.cl/images/5/52/TRIAGE_niveles_de_urgencia_PUC.pdf
- Anquela Gracia, R., Jimenez Ramos, I., Carreras Palacios, P., Galduroz Arcelus, M., & Pérez Albors, C. (2021). Saturación en los servicios de urgencias, causas y consecuencias. *Revista Sanitaria de investigación*. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/saturacion-en-los-servicios-de-urgencias-causas-y-consecuencias/>
- Arango Pinilla, M. M., Arias Ruiz, S., Arrubla, P., Carrasquilla Villa, G., Castaño Castrillón, J., Gallego, J., . . . Paéz Cala, M. (1 de junio de 2009). DEMANDAS INADECUADAS EN URGENCIAS E IDENTIFICACIÓN DEL USO INAPROPIADO DE LA. *redalyc.org*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380005.pdf>
- Ayuso Raya, M. C., Pérez López, N., Simarro Herráez, M. J., & Escobar Rabadán, F. (2013). Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. *Revista Clínica de Medicina Familiar*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300005
- Burgos Navarro, E. M., García Zurita, C. E., & Mayorga Arroyo, D. F. (2014). "DEMANDA INAPROPIADA A LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y FACTORES ASOCIADOS". Universidad Austral de Chile, Valdivia. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmb957d/doc/fmb957d.pdf>
- Chérrez, J., & León, E. (2021). La aplicación del Triage, en la prestación del servicio de salud en el Ecuador. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 102. Obtenido de <https://cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/572>
- CSS. (8 de junio de 2012). Procedimiento para el abordaje del paciente en el servicio de urgencia. Obtenido de <http://www.css.gob.pa/web/18-junio-2019ac.html>
- Díaz Monroy, L. G. (2007). *Estadística Multivariada: inferencia y métodos*. Bogotá. Obtenido de http://ciencias.bogota.unal.edu.co/fileadmin/Facultad_de_Ciencias/Publicaciones/Imágenes/Portadas_Libros/Estadística/Estadística_Multivariada_Inferencia_y_Metodos/Estadística_multivariada_inf..pdf
- emergencias, C. u. (24 de JULIO de 2018). UNAM GLOBAL. Obtenido de <https://unamglobal.unam.mx/como-se-clasifican-las-urgencias/>
- Estadística, I. N. (s.f.). INE. Obtenido de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30307&p=1&n=20>
- EUROINNOVA. (2019). EUROINNOVA BUSINESS SCHOOL . Obtenido de <https://pa.euroinnova.edu.es/blog/que-es-el-triaje-de-manchester#:~:text=El%20triaje%20es%20un%20proceso,superan%20a%20los%20recursos.>
- JIMÉNEZ, Y. G. (MARZO A AGOSTO de 2016). "FACTORES ASOCIADOS AL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL Dr. LUIS

- CHICHO FÁBREGAS . Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/1430/3/yanitza%20zernas.pdf>
- López Castaño, M. (2018). UTILIZACION INADECUADA DEL SERVICIO DE URGENCIA EN ATENCION PRIMARIA. ANDORRA: UNIVERSITAS MIGUEL HERNANDEZ. Obtenido de UTILIZACION INADECUADA DEL SERVICIO: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6180/1/MARIA%20LOPEZ%20CASTA%C3%91O.pdf>
- Loría Castellano, J., Flores Maciel, L., Márquez Ávila, G., & Valladares Aranda, M. (2010). Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir*, 509. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106h.pdf>
- Loría Castellanos, J., Flores Maciel, L., Márquez Ávila, G., & Valladares Aranda, M. (2010). Frecuencia y factores asociados co el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir*, 508-514. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106h.pdf>
- Minitab. (2021). Soporte de minitab 20. Obtenido de <https://support.minitab.com/es-mx/minitab/20/help-and-how-to/statistics/tables/supporting-topics/chi-square/what-is-a-chi-square-test/>
- OPS. (2011). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. En & c. OPS, Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias (pág. 6). Washington, D. C. Obtenido de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
- Ortíz Alvarado, C. E., Armenta Inzunza, E., Anzaldo Campos, M. C., & Camarena Herrera, M. (2022). Congruencia entre valoración inicial y final de la clasificación triaje por. Universidad Autónoma de Baja California , mexico. Obtenido de <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/bitstream/20.500.12930/8935/1/TIJ136674.pdf>
- OxfordLanguage. (2022). Obtenido de <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
- OxfordLanguage. (2022). Obtenido de <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
- Pérez Sánchez, Y. (23 de 10 de 2019). Triaje herramienta para la atencion oportuna en urgencias. La estrella de Panamá. Obtenido de <https://www.laestrella.com.pa/cafe-estrella/salud/191022/191023-triage-atencion-oportuna-urgencias-herramienta>
- Pol. Manuel María Valdés. (2020). Antecedentes de la Policlínica Lic. Manuel María Valdés. Panamá.
- QuestionPro. (2022). QuestionPro. Obtenido de <https://www.questionpro.com/blog/es/analisis-descriptivo/>
- Restrepo Zea, J. H., Jaén Posada, J. S., Espinal Piedrahita, J. J., & Zapata Florez, P. A. (2018). Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v17n34/1657-7027-rgps-17-34-00130.pdf>
- Social, C. d. (s.f.). *Registro de consulta y actividades en el servicio de urgencias*. Panamá.

- Suárez, L., Hernández, C., & Montesdeoca, O. (2019). TRIAGE, HISTORIA Y PERSPECTIVA ACTUAL. *EGLE*, 41. Obtenido de file:///C:/Users/Mary%20Jaen/Downloads/90-Texto%20del%20art%C3%ADculo-283-1-10-20190826%20(3).pdf
- Vásquez Galbán, L. (2015). *Triage en urgencias hospitalarias*. La Coruña. Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14730/TFG_Enfermaria_V%c3%a1zquez_Galb%c3%a1n_Laura.pdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Zerna Jiménez, Y. (2017). *FACTORES ASOCIADOS AL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL Dr. LUIS "CHICHO" FÁBREGA MARZO A AGOSTO DE 2016*". Tesis, Universidad de Panamá, Panamá. Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/1430/3/yanitza%20zernas.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. XHis Sistema de información que se utiliza para el ingreso y atención de pacientes que asisten al servicio de urgencia.



Anexo 2. Hoja de Registro de Consulta y Actividades en el servicio de urgencia..

CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGISTRO DE CONSULTA Y ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

COD.:02-417-12
Imp. CASESO

Horario de _____ a _____

Fecha: _____
Día Mes Año

Funcionario: _____

Horas Trabajadas: _____
Revisión o Docencia (horas): _____
Administración (horas): _____






No. de orden	Tipo de Paciente	TECNICO DE ENFERMERIA								REGISTRO								MEDICO QUE BRINDA EL SERVICIO				CÓDIGO		Tipo de MD					
		Tipo de paciente que consulta en urgencias		EDAD		RESIDENCIA		HORAS DE LLEGADA DEL PACIENTE		ESPECIALIDAD		SOPORTE VITAL		EXAMEN FÍSICO		PROCEDIMIENTO		ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS		INCAPACIDAD		TIEMPO DE ATENCION		CODIFICADOR					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	EN DÍAS	EN HORAS	INICIO (HORA)	FINAL (HORA)	CÓDIGO DE LA MOBIIDAD O LESION
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													

TIPO DE MEDICO QUE OFRECE LA ATENCION: (1) INTERNO (2) RESIDENTE (3) GENERAL (4) ESPECIALISTA

Anexo 3. Banner con información de Triage de Manchester.

Triage de Manchester

Es utilizado para clasificar por colores según el tipo de padecimiento del paciente y así permitir agilizar la atención.

CLASIFICACIÓN TRIAGE					
NIVEL DE URGENCIA	COLOR	TIPO DE URGENCIA		CLASIFICACIÓN	TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA
1	ROJO	CRÍTICO		Existe riesgo inmediato de la vida del paciente y debe ser atendido inmediatamente.	0 minutos (Inmediato)
2	NARANJA	EMERGENCIA		Paciente que puede respirar por sí mismo está consciente pero tiene un problema que amenaza su vida.	10 minutos
3	AMARILLO	URGENCIA		Paciente estable con condiciones que pueden progresar hacia una emergencia.	60 minutos
4	VERDE	URGENCIA MENOR		Es considerado un caso menos grave, el paciente es dirigido a la consulta externa.	120 minutos (2 horas)
5	AZUL	NO URGENTE		Paciente con problema no agudo no requiere valoración médica inmediata, se dirige a la consulta externa.	240 minutos (4 horas)

Elaborado por: Lcda. Rebeca Jaén
 Maestría en Registros y Estadísticas de Salud
 Universidad de Panamá

Anexo 4. Volante con información sobre el Triage de Manchester.

HACER USO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE URGENCIAS NOS BENEFICIA A TODOS

Triage de Manchester

ESTADO	Critico	Emergencia	Urgencia	Estándar	No urgente
TIEMPO MÁXIMO	0 minutos	10 minutos	60 minutos	120 minutos	240 minutos
COLOR	1	2	3	4	5

Todos queremos un mejor servicio de urgencias, con su ayuda podemos garantizar una oportunidad de atención.

¿Qué es una urgencia?

Una urgencia significa una necesidad apremiante de salvar vidas.

Una emergencia vital que implica riesgo de muerte o de secuela funcional grave.

Es una alteración de la integridad física y mental de una persona causada por un trauma o enfermedad.

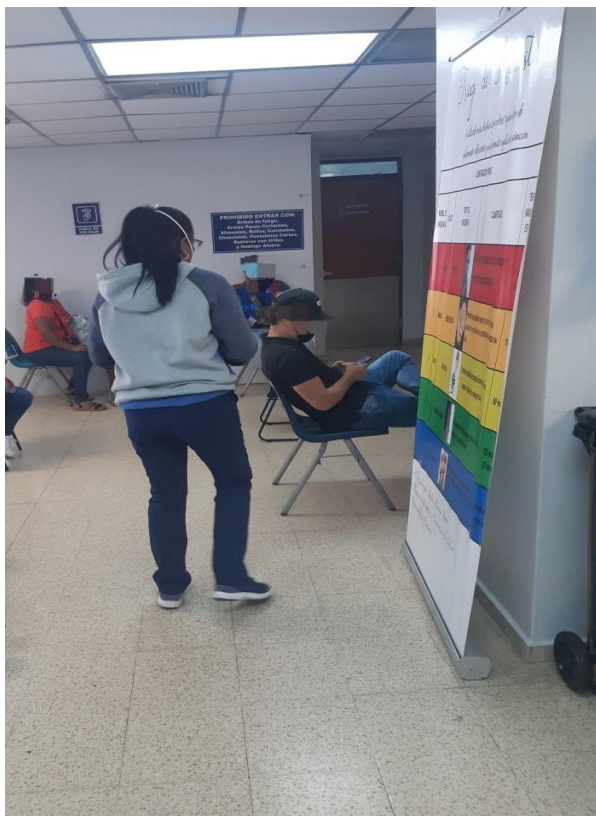
Es una situación crítica.

RECUERDE

Por dolencias menores usted puede acercarse a la consulta externa.

Elaborado por: Lda. Rebeca Jaén

Anexo 5. Charlas y entrega de volantes.



Anexo 6. Instrumento de recolección de datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

TÍTULO: USO DEL SERVICIO DE URGENCIA POR LOS PACIENTES SEGÚN EL TRIAGE DE MANCHESTER FEBRERO 2019 Y FEBRERO 2022

**(Policlínica Lic. Manuel María Valdés)
(Distrito de San Miguelito)**

Investigadora: Rebeca Jaén

Fecha: _____

N° DE PACIENTE	SEXO	EDAD	ÁREA DE RESIDENCIA	TIPO DE PACIENTE QUE RECIBE EL SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE PACIENTE

Firma



Anexo 7. Descripción y cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																												
<p>Título</p> <p>Uso del servicio de urgencia por los pacientes según el Triage de Manchester Febrero 2019 y febrero 2022</p> <p>(Policlínica Lic. Manuel María Valdés) (Distrito de San Miguelito)</p>																												
Año	2020			2021												2022												
Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Elección del Tema	■																											
Búsqueda y selección de Información	■	■	■	■																								
Elaborar la estructura del protocolo						■	■	■	■																			
Presentación del protocolo ante la Comisión de Académica												■	■	■	■													
Realizar actividad educativa (charlas y entrega de volantes)																■	■											
Presentación del protocolo a la Dirección Nacional de Docencia CSS aprobado por la Comisión Académica																			■									
Solicitud de registro RESEGIS (MINSa)																						■						
Presentación del protocolo al Comité de Bioética CSS																						■	■	■	■			
Recolección, revisión y depuración de la bases de datos																										■		
Análisis e interpretación de los datos																										■		
Elaborar del proyecto																										■		
Presentación del Proyecto a la Universidad																											■	

Realizado por: Rebeca Jaén
Fecha de Inicio: Octubre 2020
Fecha estimada de culminación: Diciembre 2022

Anexo 8. Presupuesto.

Presupuesto				
Materiales e Insumos	Unidad	Cantidad	Precio unitario	Precio Total
Papelería	unidades	400	0.10	40
Tinta- Tóner	unidades	2	25	50
Internet	meses	10	25	250
Transporte	meses	10	5	50
Otros gastos				
Empaste	unidades	1	40	40
Inscripción del Proyecto	unidades	1	300	300
TOTAL DE GASTO				730

Anexo 9. Nota de aprobación del Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Caja de Seguro Social.

CAJA DE SEGURO SOCIAL



Apartado 08-16-06808
PANAMÁ 5, PANAMÁ

DENSYPS-DENADOI- 1187-2022
Panamá, 27 de octubre de 2022

Licenciada
Rebeca Jaén
Ciudad.-

Respetada Lic. Jaén:

Hemos revisado la información recibida con referencia al estudio " **USO DEL SERVICIO DE URGENCIA POR LOS PACIENTES SEGÚN EL TRIAGE DE MANCHESTER FEBRERO 2019 Y FEBRERO 2022 .**"

Verificamos que su estudio fue registrado en el MINSA y recibió aprobación por parte del Comité Institucional de Ética de la Investigación de La Caja De Seguro Social, el día 20 de octubre de 2022, y que las condiciones para el desarrollo del estudio en nuestra institución se mantienen, como se habían avalado previamente mediante Certificación de No Objeción por parte del Dr. Euriko G. Torrazza R., delegado por el Dr. Enrique Lau Cortés, Director General de la Caja de Seguro Social.

Por lo anterior, damos **Autorización** para el desarrollo del mismo dentro de la institución. Su estudio fue registrado con el código **DENADOI-SIBI- 154 -2022**, favor hacer referencia del mismo para cualquier consulta o para entrega del informe final o copia de la publicación.

Atentamente,



Dra. Nydia Flores Chiari
Jefa de la Sección de Investigación
y Bioética

NFCH/ahw