



**GRADO DE ASOCIACIÓN
ENTRE LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES
POR TRIAJE EN URGENCIAS
Y EL INGRESO EN LA UCI.**

Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2015-2017**

Alumna: Mayte Bru Maciá

Tutor académico: Dr. Domingo Orozco Beltrán

Presentación: 6 de julio de 2017

GRADO DE ASOCIACIÓN ENTRE LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES POR TRIAJE EN URGENCIAS Y EL INGRESO EN LA UCI

RESUMEN

En la literatura existen varios estudios que relacionan el triaje de Manchester con la calidad asistencial. Debería existir por tanto, una relación entre la gravedad del paciente y su color de triaje, así como una correlación con el diagnóstico final. En el presente estudio, se ha evaluado esta relación mediante el estudio de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de San Juan de Alicante que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desde enero hasta diciembre de 2016.

La causa más frecuente de ingreso en UCI desde Urgencias fue cardiológica (47.2%), seguida de la infecciosa (20.6%). El 87.2% de los pacientes fueron triados con una prioridad alta (amarillo, naranja o rojo); el dolor torácico fue la causa mayoritaria de consulta a urgencias y posterior ingreso a UCI, pero hubo un porcentaje no despreciable de pacientes triados como Malestar General (MEG), con síntomas inespecíficos, que fueron los que mayor tasa de mortalidad presentaron a los 30 días.

ABSTRACT

There are several studies in the literature that relate the triage of Manchester with the quality of care. There should therefore exist a relationship between the severity of the patient and their triage color, as well as a correlation with the final diagnosis. In the present study, this relationship has been evaluated through the study of patients treated at the Emergency Department of the Hospital de San Juan de Alicante, who were admitted to the Intensive Care Unit (ICU) from January to December 2016. The most frequent cause of ICU admission from the ER was the cardiologic one (47.2%), followed by infections (20.6%). 87.2% of the patients were classified with a high priority (yellow, orange or red); Chest pain was the major cause of consultation and subsequent admission to the ICU, but there was a not insignificant percentage of patients classified as General Malaise (MEG), with nonspecific symptoms, which were the ones with the highest mortality rate presented at 30 days.

PALABRAS CLAVE: Triage, Emergencias, Unidad de Cuidados Intensivos

KEY WORDS: Triage, Emergency, Intensive Care Unit.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
3. MATERIAL Y MÉTODOS	7
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSIÓN	15
6. CONCLUSIONES	16
7. ANEXOS	17
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24



1. INTRODUCCIÓN.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰ como un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, mientras que la enfermedad viene definida como una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

La enfermedad o la sensación subjetiva de enfermedad provoca millones de atenciones en los servicios de Emergencias y Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias a lo largo del día, llegando incluso a colapsarse estos servicios sanitarios por la gran afluencia de pacientes en relativamente poco tiempo y por la escasa o mala organización de los recursos disponibles.

La OMS hace distinción entre los términos urgencia y emergencia, de forma que define Urgencia como 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; mientras que considera Emergencia al caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.

De gran importancia es entonces, tener unas directrices o disponer de un sistema para clasificar a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y emergencias para poder atenderlos en función de su gravedad y evitar aumentar la morbimortalidad por una mala organización de estos departamentos.

En nuestro modelo de Urgencias y Emergencias hospitalarias está establecido de forma prácticamente unánime el sistema de Triage de Manchester. Éste trata de clasificar y dar prioridad a los pacientes que acuden a los Servicios mencionados en función de su gravedad, basándose en el síntoma principal por el que los pacientes consultan los servicios de urgencias. Los profesionales que lo manejan deben elegir uno de los 52 diagramas de flujo de los que consta el sistema para proceder con la evaluación.

Este sistema de clasificación fue creado en la década de los 90 por los profesionales que regentaban estos servicios en respuesta a la creciente demanda y desorden que se creaba, provocando inquietud y desesperación en los pacientes y en los profesionales.

El Triage de Manchester está basado en un método sencillo, tratando de establecer el riesgo clínico de cada paciente en función del motivo de consulta que nos expone y una serie de preguntas regladas, asignándose así un color a cada uno de ellos en función de su gravedad y por ende, del tiempo aproximado de espera para ser atendido.

El tiempo de clasificación de cada paciente debe estar entre un minuto y un minuto y medio, y es útil tanto para adultos como para niños. De modo que se establecen cuatro niveles o prioridades¹:

- Color Rojo, corresponde a una prioridad 1 en la que se debe evaluar al paciente de forma inmediata.
- Color Naranja, corresponde a un nivel de prioridad 2, en la que se debe evaluar al paciente de forma muy urgente, no demorándose más de diez minutos.

- Color Amarillo, corresponde a un nivel de prioridad 3, en la que se debe evaluar al paciente de forma Urgente, sin tardar más de una hora en ser valorado.
- Color Verde, corresponde a un nivel de prioridad 4, en la que el paciente debe ser evaluado de forma menos urgente, antes de dos horas.
- Color Azul, corresponde a un nivel de prioridad 5, en la que el paciente debe ser evaluado de forma no urgente, pero antes de que transcurran cuatro horas.

Esta sencilla clasificación se hizo en un principio para su aplicación en los servicios de Urgencias de la ciudad de Manchester en 1996, pero pronto su uso se extendió a prácticamente todos los países europeos y a los latinoamericanos, como Brasil, Chile, México, y también es ampliamente utilizado en Australia. En nuestro país, no fue hasta 2004 cuando se implantó en el hospital de Ourense¹.

Hoy día se utiliza en unos 70 hospitales de toda España, en las comunidades de Madrid, Galicia, Asturias, Comunidad Valenciana, etc¹.

A pesar del buen funcionamiento de este sistema de triaje, son numerosas las ocasiones en las que los profesionales de la salud nos encontramos con pacientes que han sido triados con un determinado color, implicando un nivel de gravedad, y que finalmente son diagnosticados y tratados conforme a otro nivel de gravedad. Esto implica atender a algunos pacientes que finalmente tienen patología grave en un tiempo excesivo, al haber sido triados como Menos Urgente; o el caso opuesto, en el que atendemos a pacientes con patología leve en un período muy corto de tiempo por haber sido triados con un nivel de prioridad 2, bien sea porque alguna de las constantes vitales del paciente hacen saltar las alarmas del sistema informático o bien, porque algunas preguntas preestablecidas en el sistema impiden que se baje el nivel de prioridad, aunque la patología no requiera una atención urgente. Por esa razón, se plantea el presente estudio para evaluar el grado de asociación entre la estratificación realizada de los pacientes por triaje de Manchester y su posterior ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Son diversos los estudios que han revisado acerca del tema que nos compete. El sistema de Triaje de Manchester ha sido ampliamente estudiado y comparado con otros sistemas de triaje diferentes.

Hoy en día existen muchos sistemas de triaje distintos en los hospitales de todo el mundo. Algunos de los más relevantes son el ATS (Australasian Triage Scale), el CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale), el MTS (Manchester Triage System), el ESI (Emergency Severity Index), etc. Los sistemas de triaje con cinco niveles han demostrado ser superiores a los que constan de 3 niveles, tanto en validez como en fiabilidad, con diferencias estadísticamente significativas¹¹. Uno de los sistemas con los que se ha hecho especial comparativa es el conocido como ESI. Ambos sistemas de triaje predicen ingreso y mortalidad, pero hay estudios al respecto⁶ que concluyen que el

ESI es ligeramente superior en cuanto a predictor de ingreso que el Manchester. En ambos sistemas la mortalidad se asocia a prioridades altas en el triaje.

Este sistema posee una alta capacidad para discriminar aquellos pacientes con necesidad de tratamiento prioritario, así como para predecir resultados clínicos adversos. En líneas generales, menos de un 5% de los pacientes que consultan los servicios de urgencias acaban ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. En el subgrupo de pacientes con enfermedades o síntomas que afecten al sistema nervioso, el sistema de Manchester muestra la mejor representación⁹.

Por otro lado, la mayoría de los estudios determinan el alto poder predictivo de mortalidad del sistema Manchester, aunque es cierto que hay algunos en los que no existe evidencia en los datos analizados de que este sistema sea capaz de predecir mortalidad⁹. Sin embargo, en la gran mayoría de ellos se demuestra que el sistema de Manchester supone una herramienta poderosa para distinguir entre pacientes con alto y bajo riesgo de mortalidad a corto plazo⁸, así como para detectar aquellos pacientes que permanecerán en el hospital al menos 24 horas y aquellos que serán dados de alta.

Una cuestión de gran relevancia, es que su poder discriminativo no es igual en especialidades médicas que en especialidades quirúrgicas, lo que podría estar ligado a la naturaleza de sus discriminadores inherentes⁸.

Parece ser que el sistema de Manchester también muestra diferencias en cuanto a triaje de niños y adultos. Hay estudios que demuestran un infratriaje en personas en edad pediátrica (predominantemente en niños menores de 3 meses). A pesar de que el infratriaje es muy infrecuente, hay estudios en la literatura que muestran hasta un 50% de personas infratriadas que posteriormente tuvieron diagnósticos que revistieron gravedad clínica, lo cual supone una cifra muy elevada e inadmisibles, que habría que disminuir de forma imperiosa realizando una evaluación sistemática de todos los signos vitales en todos los niños que sean triados⁵.

Por todos los profesionales de la salud es sabido que a mayor tiempo de estancia en los servicios de urgencias, mayor tasa de morbimortalidad intrahospitalaria. Por esta razón, se estableció un punto de corte en las cuatro horas. Esto implica que este es el tiempo máximo que en teoría podría esperar un paciente para ser atendido por un médico antes de que aumente de forma exponencial la morbimortalidad asociada a los hospitales en dichos pacientes. Son diversos los estudios que muestran que alrededor de un 89% de los pacientes que visitan estos servicios en hospitales del norte de Europa, tienen una estancia mayor de cuatro horas, siendo el tiempo promedio de unas dos a tres horas. Entre un 28 y un 32% de los pacientes triados en principio como prioridad 2 y 3, estuvieron más de cuatro horas en el servicio, un 8% de los clasificados como Rojos, estuvieron también más de cuatro horas. Éste último dato refleja un porcentaje muy bajo pero totalmente inadmisibles, por lo que a las implicaciones pronósticas respecta, si se aplica correcta y estrictamente la clasificación de Manchester.

Se han estudiado los posibles causantes de esta demora en la estancia en los servicios de urgencias y se han determinado algunos, con una relación estadísticamente significativa: consulta a otro especialista que no está presente en el servicio, número de estudios radiológicos que se solicitan y realizan, edad mayor de 65 años⁷.

Si se analiza la utilidad de este sistema en determinadas patologías, se ponen de manifiesto las ventajas de su empleo. El síndrome coronario agudo es una patología tiempo-dependiente, es decir, a más rápido reconocimiento y tratamiento, mayores tasas de supervivencia. Estudios han demostrado que pacientes con dolor torácico son

correctamente triados por este sistema, equiparándose a otras herramientas de triaje como HEART score². Se consiguen salvaguardar pacientes con presentación típica de síndrome coronario agudo, sobre todo menores de 70 años⁴.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio que se ha llevado a cabo es observacional descriptivo y transversal, en el que se han analizado los datos registrados de los pacientes incluidos en el mismo.

El objetivo principal es relacionar el color de triaje con las características de los pacientes que fueron ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de San Juan de Alicante.

Como objetivos secundarios:

- Estudiar la proporción de patologías valoradas por cada color de triaje.
- Valorar asociación entre color de triaje y mortalidad a los 30 días.
- Evaluar si existe asociación entre asistencia por SAMU previa y mortalidad a los 30 días.
- Estudiar los tiempos de triaje.
- Estudiar las actuaciones realizadas en dicho triaje.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y emergencias del hospital de San Juan entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016, ambos incluidos.
- Pacientes cuyo destino final fue la UCI.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyo destino final fue traslado a otro hospital.
- Pacientes que pasan directamente a Box de Críticos sin ser triados.
- Pacientes trasladados desde otro hospital con un diagnóstico previamente establecido.
- Pacientes que no tienen un color de triaje asignado.

Las variables incluidas fueron:

- Edad, como variable cuantitativa discreta.
- Sexo, como variable cualitativa dicotómica.
- Atención por SAMU, como variable cualitativa dicotómica.
- Toma de FC (frecuencia cardíaca), como variable cualitativa dicotómica.

- Toma de TAS (tensión arterial sistólica), como variable cualitativa dicotómica.
- Toma de TAD (tensión arterial diastólica), como variable cualitativa dicotómica.
- Toma de Saturación de oxígeno, como variable cualitativa dicotómica.
- Toma de temperatura, como variable cualitativa dicotómica.
- Presencia de motivos de consulta en triaje, como variables cualitativas dicotómicas:
 - o Dolor torácico.
 - o Disnea.
 - o Bradicardia.
 - o Síncope.
 - o MEG (malestar general).
 - o Fiebre.
 - o Accidente.
 - o Ingesta medicamentosa.
 - o Dolor abdominal.
 - o PCR (parada cardiorrespiratoria).
- Diagnóstico de alta de urgencias (ingreso UCI), como variables cualitativas dicotómicas.
 - o Causas cardiológicas.
 - o Causas infecciosas.
 - o Intento de autólisis
 - o Cetoacidosis diabética
 - o Politraumatizado.
 - o TEP (tromboembolismo pulmonar).
 - o Causas neurológicas.
 - o PCR
 - o Otros.
- Exitus, como variable cualitativa dicotómica.
- Número de días previo al exitus, como variable cuantitativa discreta.
- Mortalidad a los 30 días, como variable cualitativa dicotómica.

- Hora de triaje, como variable cuantitativa continua.
- Datos de admisión, como variable cuantitativa continua.
- Tiempo en pasar a triaje, como variable cuantitativa continua.
- Tiempo en el SUH (servicio de Urgencias hospitalarias), como variable cuantitativa continua.
- Número de días de hospitalización, como variable cuantitativa discreta.

Con el fin de abreviar la recogida de datos por la multitud de diagnósticos, se decidió agruparlos por causas o por sistemas/aparatos, de la siguiente forma:

- Causas cardiológicas. Engloban las siguientes entidades: SCA (síndrome coronario agudo), SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST), SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST), IAM (infarto agudo de miocardio), angina, ICC (insuficiencia cardíaca congestiva), EAP (edema agudo del pulmón), FA (fibrilación auricular) rápida, FA bloqueada, BAV (bloqueo auriculo-ventricular) III, disfunción marcapasos, shock cardiogénico.
- Causas infecciosas, que engloban los siguientes diagnósticos: sepsis respiratoria, enterocolitis aguda, sepsis urinaria, sepsis abdominal, PNA (pielonefritis aguda), meningitis bacteriana, shock séptico, agudización EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), neumonía.
- Intento autolisis, que engloba: intento autolisis, ahorcamiento, ingesta medicamentosa.
- Cetoacidosis diabética.
- Politraumatizado, englobando los siguientes diagnósticos: politraumatizado, laceración esplénica, hidroneumotórax, hemoperitoneo, TCE (traumatismo craneoencefálico).
- TEP (tromboembolismo pulmonar), término que engloba: TEP masivo, TEP bilateral.
- Causas neurológicas, entre las que están: Hemorragia cerebral, hemorragia cerebral masiva, hemorragia subaracnoidea, ACV (accidente cerebrovascular), coma, ELA (esclerosis lateral amiotrófica) bulbar, estatus epiléptico, crisis comiciales.
- PCR: PCR, PCR recuperada.
- Otros: hematoma retroperitoneal, HDA (hemorragia digestiva alta), isquemia mesentérica, supraglotitis, obstrucción nefrostomía, insuficiencia renal, pancreatitis aguda, hipokaliemia grave, semiahogado.

Recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos de pacientes, se utilizó el programa Orion Clinic, el programa MIZAR y Abucasis.

Se recogieron datos de 233 pacientes triados en Urgencias y cuyo destino fue UCI desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2016, realizándose un análisis univariante calculando número y porcentaje en las variables cualitativas, y valores mínimo, máximo, media y desviación estándar en las cuantitativas.

Se midió además, el grado de asociación entre variables cualitativas mediante tablas de doble entrada aplicando el test Chi-Cuadrado. Para las variables cuantitativas se aplicó el test T de Student.

Todos los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS v.18.

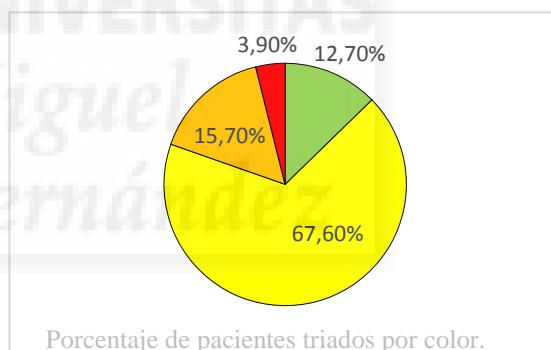
Este estudio no plantea problemas de confidencialidad, puesto que no aparecen datos de los pacientes y estos no van a intervenir en el estudio. Se basa exclusivamente en la revisión de sus historias clínicas.

4. RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 233 pacientes, de los cuales un 57.9% fueron hombres.

La edad media fue de 64.9 años, con un rango de entre 16 y 95 años.

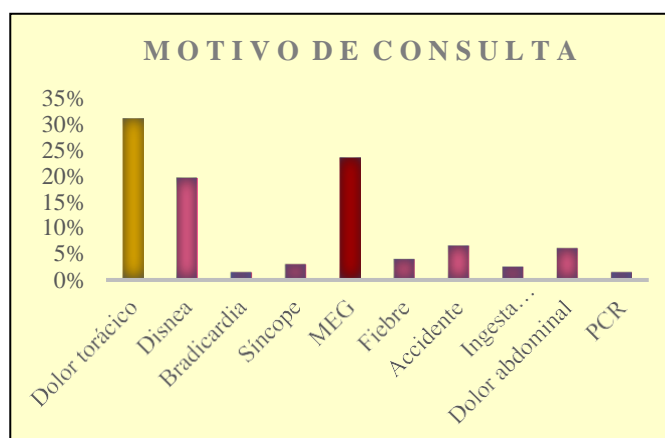
La mayor parte de los pacientes fue triada con un nivel de prioridad 3, un total de 138 pacientes que se corresponden con un 67.60%. Solamente un 3.9% fueron catalogados desde el principio como Rojos. Los pacientes con prioridad 5 no aparecen en nuestro estudio puesto que ninguno de ellos terminó siendo ingresado en la UCI.



Cabe destacar que más del 75% de los pacientes que fueron triados durante el 2016 tenían las constantes vitales registradas.

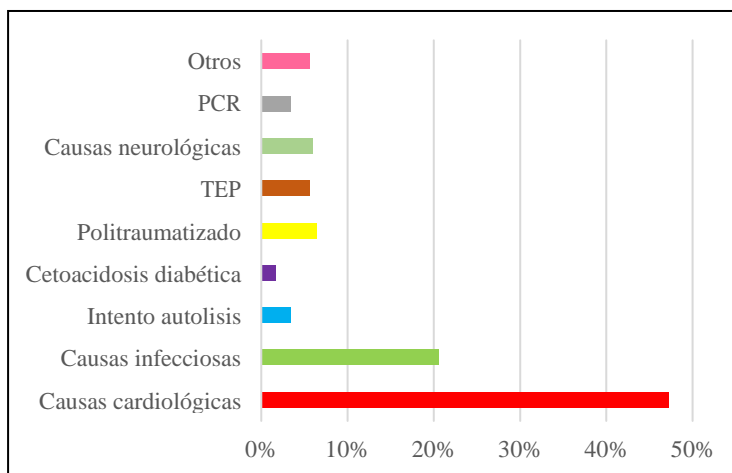
Un 22.3% de los pacientes que acudieron a urgencias fueron traídos por el servicio de SAMU.

En cuanto a la distribución de motivos de consulta, la gráfica de la derecha muestra que los dos motivos más frecuentes de consulta son el dolor torácico y el MEG.



Porcentaje de pacientes según motivo de atención

En cuanto a la clasificación por diagnósticos de ingreso a UCI, se encontró que casi un 60% de los triados con un nivel de prioridad 4 fueron de causa cardiológica, siendo ésta también la causa más frecuente de asistencia a urgencias en los triados con niveles de prioridad 2 y 3.



Porcentaje de ingresos en UCI..

	VERDE (%)	AMARILLO (%)	NARANJA (%)	ROJO (%)	MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS (%)
Causas cardiológicas	57,7	49,3	46,9	12,5	7,3
Causas infecciosas	11,5	25,4	18,8	0	25
Intento autolisis	0	4,3	0	12,5	0
Cetoacidosis diabética	0	1,4	0	0	0
Politraumatizado	11,5	5,8	3,1	0	6,7
TEP	11,5	3,6	15,6	0	7,7
Causas neurológicas	0	4,3	3,1	50	57,1
PCR	0	0	6,3	12,5	62,5
Otros	7,7	5,8	6,3	12,5	38,5

Distribución de causas según colores de triaje.

Las causas infecciosas ocupan el segundo lugar en aquellos triados como naranjas y amarillos, mientras que en los triados como verdes, las causas infecciosas, los politrauma y el TEP ocupan el segundo lugar en frecuencia.

Por otro lado, con resultados totalmente distintos están los triados como nivel de prioridad 1, los rojos. En estos, hasta un 50% se debe a causas neurológicas, mientras que en segundo lugar están las causas cardiológicas y los intentos autolíticos con igual frecuencia.

Del total de pacientes estudiados a lo largo del año 2016, aproximadamente un 20% tuvieron como desenlace el fallecimiento, produciéndose éste a los 30 días hasta en

un 87% de los mismos. La mortalidad a los 30 días tras la atención registrada en el servicio de urgencias obtiene su mayor valor en los pacientes que fueron atendidos inicialmente por PCR, llegando a cifras cercanas al 63%. Las causas neurológicas constituyen otro subgrupo de pacientes con alta mortalidad al mes de la atención en urgencias, con cifras cercanas al 60%. El tercer y cuarto lugar en cuanto a mortalidad a los 30 días, lo ocupan las causas catalogadas como “Otros” y las causas de índole infeccioso. Las causas cardiológicas, que representan el grupo de pacientes mayoritario en urgencias, son unas de las que menor tasa de mortalidad obtuvo en el estudio.

A continuación, se muestran las tablas del análisis de los factores que se relacionan con la mortalidad a los 30 días.

	ÉXITUS 30 días	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica	p-valor
Tiempo en urgencias	No	193	0,1	19,2	3,2	2,6	0,202
	Sí	40	0,5	8,1	2,7	1,9	
Tiempo triaje (minutos)	No	170	1	36	7,6	5,6	0,387
	Sí	34	2	35	8,5	6,6	
Edad	No	193	16	95	63	17,9	<0,001*
	Sí	40	45	94	73,9	11	
Nº días hospitalización	No	192	1	124	10,6	13,7	0,357
	Sí	40	0	30	8,5	9,4	

Análisis de asociación entre mortalidad a los 30 días y variables cuantitativas

- La incidencia de éxitus a los 30 días fue mayor en los pacientes que fueron atendidos por SAMU (30.8%) que en los no atendidos por SAMU (13.3%), pero estos valores podrían estar confundidos ya que el SAMU atiende a pacientes más graves.
- Los pacientes que presentaron dolor torácico como motivo de consulta inicial fueron los que menor tasa de mortalidad presentaron a los 30 días, con una $p=0.006$.
- Los que acudieron a Urgencias con MEG como síntoma inicial fueron los que mayor tasa de mortalidad presentaron, con $p<0.001$.
- Los éxitus a los 30 días se produjeron a una mayor edad media.
- En el resto de variables no se encontró relación estadísticamente significativa o no se pudo aplicar el test por falta de datos.

		ÉXITUS 30 días		ÉXITUS 30 días		p-valor
		No		Sí		
		n	%	n	%	
COLOR TRIAJE	Verde	24	92,30%	2	7,70%	-
	Amarillo	120	87,00%	18	13,00%	
	Naranja	22	68,80%	10	31,30%	
	Rojo	4	50,00%	4	50,00%	
SAMU	No	157	86,70%	24	13,30%	0,003*
	Si	36	69,20%	16	30,80%	
SEXO	Hombre	112	83,00%	23	17,00%	0,951
	Mujer	81	82,70%	17	17,30%	
TOMA DE FC	No	23	92,00%	2	8,00%	-
	Si	133	85,80%	22	14,20%	
TOMA DE TAS	No	33	78,60%	9	21,40%	0,078
	Si	123	89,10%	15	10,90%	
TOMA DE TAD	No	33	78,60%	9	21,40%	0,078
	Si	123	89,10%	15	10,90%	
OMA DE SAT O	No	25	96,20%	1	3,80%	-
	Si	131	85,10%	23	14,90%	
TOMA DE T ^a	No	21	91,30%	2	8,70%	-
	Si	135	86,00%	22	14,00%	
Dolor torácico	No	109	80,10%	27	19,90%	0,006*
	Si	59	95,20%	3	4,80%	
Disnea	No	135	84,90%	24	15,10%	0,964
	Si	33	84,60%	6	15,40%	
Bradycardia	No	165	84,60%	30	15,40%	-
	Si	3	100,00%	0	0,00%	
Síncope	No	163	84,90%	29	15,10%	-
	Si	5	83,30%	1	16,70%	
MEG	No	136	90,10%	15	9,90%	<0,001*
	Si	32	68,10%	15	31,90%	
Fiebre	No	163	85,80%	27	14,20%	-
	Si	5	62,50%	3	37,50%	
Accidente	No	156	84,30%	29	15,70%	-
	Si	12	92,30%	1	7,70%	
Ingesta medicamentosa	No	163	84,50%	30	15,50%	-
	Si	5	100,00%	0	0,00%	
Dolor abdominal	No	156	83,90%	30	16,10%	-
	Si	12	100,00%	0	0,00%	
PCR	No	166	85,10%	29	14,90%	-
	Si	2	66,70%	1	33,30%	
DX ALTA URG	Causas cardiológicas	102	92,70%	8	7,30%	-
	Causas infecciosas	36	75,00%	12	25,00%	
	Intento autolisis	8	100,00%	0	0,00%	
	Cetoacidosis diabética	4	100,00%	0	0,00%	
	Politraumatizado	14	93,30%	1	6,70%	
	TEP	12	92,30%	1	7,70%	
	Causas neurológicas	6	42,90%	8	57,10%	
	PCR	3	37,50%	5	62,50%	
OTROS		8	61,50%	5	38,50%	

Análisis de asociación entre mortalidad a los 30 días y variables cualitativas

Por otro lado, con el fin de hacer una estimación de la mortalidad por colores de triaje, se han realizado dos grupos: amarillo + verde y naranja + rojo, agrupando así por diferentes niveles de gravedad. Se han analizado así los datos con una tabla de doble entrada.

		MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS		
		SÍ	NO	TOTAL
COLOR TRIAJE	Naranja/Rojo	14	26	40
	Amarillo/Verde	20	144	164
		34	170	204

De ella podemos extraer varias conclusiones. La sensibilidad que tiene el triaje mediante el sistema Manchester en el servicio de Urgencias de San Juan es tan sólo de un 41%, es decir, no se detecta ni la mitad de los pacientes que fallecerán en el próximo mes por la enfermedad por la que consultan. En contraposición, se detecta una especificidad alta, del 85%, lo que supone que los enfermos que menos se mueren son los triados con menor nivel de prioridad hasta en un 85% de los casos.

La tasa de falsos negativos es alta (dado que la sensibilidad es baja) y por tanto hay bastantes pacientes que fallecen al mes que no fueron identificados de alto riesgo con el triaje. No todos los triados como amarillo/verde tienen bajo riesgo; casi un 58% de los pacientes presentan mortalidad a los 30 días a pesar de haber sido triados como amarillos/verdes. Por otro lado, la tasa de falsos positivos es bastante baja (0.15), dado que la especificidad es alta, lo que implica que los triados como rojo amarillo tienen todos alto riesgo.

En términos globales, se puede concluir que acertamos en el triaje 2.64 veces más de las que fallamos, en cuanto a términos de mortalidad.

Por último, un resultado a destacar en relación al ingreso en UCI, es que al analizar las causas de ingreso por colores de triaje, se puede apreciar que los pacientes politraumatizados y los que sufren TEP son los que tienen mayores porcentajes de color verde (25 y 23.1%, respectivamente). Es decir que estas dos patologías en un 25% se triaron como verde, bajo riesgo, y sin embargo requirieron ingreso en UCI posterior. Esto puede deberse a la semiología tan amplia que pueden dar estas patologías y a que la gravedad puede verse representada o enmascarada por síntomas o signos que en un principio parecen banales. Es un dato a tener en cuenta porque son pacientes que finalmente precisaron ingreso a UCI, por lo que revisten de gravedad a pesar de haber sido triados inicialmente como menos graves.

	Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Total
Causas cardiológicas	1 1,0%	15 15,2%	68 68,7%	15 15,2%	99 100,0%
Causas infecciosas	0 0,0%	6 13,6%	35 79,5%	3 6,8%	44 100,0%
Intento autolisis	1 14,3%	0 0,0%	6 85,7%	0 0,0%	7 100,0%
Cetoacidosis diabética	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Politraumatizado	0 0,0%	1 8,3%	8 66,7%	3 25,0%	12 100,0%
TEP	0 0,0%	5 38,5%	5 38,5%	3 23,1%	13 100,0%
Causas neurológicas	4 36,4%	1 9,1%	6 54,5%	0 0,0%	11 100,0%
PCR	1 33,3%	2 66,7%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
Otros	1 8,3%	1 8,3%	8 66,7%	2 16,7%	12 100,0%
	8 3,9%	32 15,7%	138 67,6%	26 12,7%	204 100,0%

5. DISCUSIÓN.

En el servicio de Urgencias del Hospital de San Juan, a más de las tres cuartas partes de los pacientes que acuden solicitando atención médica se les realiza un adecuado triaje en cuanto a la toma de constantes vitales, en más del 75% de los casos se tomaron las mismas. Pero hay casi un 25% que no tuvo esa toma de constantes, probablemente por motivos ajenos al personal que lo lleva a cabo: fallos del sistema informático, absoluta gravedad del paciente que pasa directamente al box de paradas para ser reanimado, entre otras.

El tiempo medio de estancia en Urgencias fue de tres horas aproximadamente, mientras que el tiempo hasta que se realizó el triaje fue menor de 8 minutos.

Acorde con el destino final de estos pacientes filtrados (ingreso a UCI), el 87.2% de los pacientes fueron triados con un nivel de prioridad alto, lo que realiza la buena labor que se realiza al aplicar de forma adecuada el sistema de triage de Manchester.

El estudio realizado revela una sensibilidad del 41% y una especificidad del 85%. Esto se traduce en que hay un alto porcentaje de pacientes no graves que son triados con adecuado nivel de prioridad (3,4), pero que en menos del 50% de los casos los pacientes que posteriormente fallecerán son triados con un nivel alto de prioridad. En términos globales, se puede concluir que acertamos en el triaje 2.64 veces más de las que fallamos, en cuanto a términos de mortalidad.

Por último, un resultado a destacar es el siguiente: al analizar las causas de ingreso por colores de triaje, se puede apreciar que los pacientes politraumatizados y los que sufren TEP son los que tienen mayores porcentajes de color verde (25 y 23.1%, respectivamente). Esto puede deberse a la semiología tan amplia que pueden dar estas patologías y a que la gravedad puede verse representada o enmascarada por síntomas o signos que en un principio parecen banales.

Los pacientes triados como Rojos, fueron de causa neurológica en un 50%. La mitad de los pacientes triados con un nivel de prioridad 1 fallecen a los 30 días.

En cuanto a los pacientes triados como Naranjas, presentan una tasa de mortalidad del 31.3%. Las causas más frecuentes que motivan este color fueron las cardiológicas, las infecciosas y el TEP, por orden decreciente de frecuencia.

Los pacientes triados como Amarillos y Verdes, presentaron tasas de mortalidad menores, de 13 y 7.7% respectivamente. Ambos grupos tienen como subgrupo más frecuente de consulta al cardiológico. En los amarillos el segundo subgrupo en frecuencia es el de causas infecciosas, igual que en los triados como Naranjas.

De todos los pacientes estudiados a lo largo del 2016, un porcentaje no despreciable fue triado como MEG, con síntomas inespecíficos como pueden ser cansancio, debilidad, irritabilidad, somnolencia, etc. Este subgrupo de pacientes es el que representa la mayor tasa de mortalidad a los 30 días de la atención sanitaria. En contraposición, los pacientes con dolor torácico que fueron los más numerosos

en urgencias y los que mayor número de ingresos motivaron al servicio de Medicina Intensiva, fueron los que menor tasa de mortalidad obtuvieron. Esta cuestión nos hace poner en entredicho la alta capacidad para discriminar los pacientes potencialmente graves desde el triaje. Una forma de solventar dicho problema con pacientes que se presentan con sintomatología inespecífica, sería realizar un cribado rápido desde el triaje de posibles causas de MEG con una serie de preguntas rápidas que orienten la patología por la que consultan con el fin de clasificarla de forma más precisa para concederles un nivel más alto de prioridad en los que lo precisen.

Como era de esperar, a mayor edad media de la población mayor tasa de mortalidad se obtuvo.

Uno de los factores con los que se ha obtenido relación estadísticamente significativa con la mortalidad a los 30 días, es la atención por SAMU. Probablemente se trate de un sesgo de confusión, puesto que por norma general, aunque puede atender a pacientes leves, los que trae a los servicios de urgencias suelen ser pacientes más graves.

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la mortalidad al mes y otros factores como: tiempo de estancia en urgencias y tiempo de triaje, diagnóstico y color de triaje, etc. Probablemente esto sea motivado a la falta de datos para completar el estudio.

6. CONCLUSIONES.

El 87.2% de todos los pacientes que fueron ingresados en UCI fueron triados inicialmente con un nivel alto de prioridad (amarillo, naranja o rojo).

De todas las patologías que se valoraron, los cardiológicos fueron los que más frecuentemente solicitaron atención médica en urgencias y el subgrupo mayoritario que precisó ingreso en el servicio de Medicina Intensiva. En este subgrupo de pacientes, como ya se ha evidenciado en la literatura, el triaje de Manchester realiza una cuasi perfecta discriminación de gravedad, consiguiendo disminuir la tasa de mortalidad con una atención temprana y guiada.

Sin embargo, uno de los resultados obtenidos ha sido poco satisfactorio. El subgrupo de pacientes que consulta por sintomatología inespecífica supone el de mayor tasa de mortalidad por lo que se debería plantear un cambio de estrategia a nivel de triaje para poder aplicarles desde el inicio un nivel de prioridad mayor para evitar un retraso en su asistencia médica, lo cual podría traducirse en una disminución de la mortalidad.

7. ANEXOS.

- TABLA DE RECOGIDA DE DATOS:
 - Se han sustituido los números SIP de los pacientes, por una numeración identificativa.
 - Leyenda de la tabla:
 - A: SAMU
 - B: Sexo
 - C: Edad
 - D: Datos admisión (hh:mm)
 - E: Triage (hh:mm)
 - F: Tiempo en pasar a triaje (min)
 - G: Toma de FC (frecuencia cardíaca)
 - H: Toma de TAS (tensión arterial sistólica)
 - I: Toma de TAD (tensión arterial diastólica)
 - J: Toma de Saturación de O₂
 - K: Toma de temperatura
 - L: Alta urgencias (ingreso UCI)
 - M: Tiempo en SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias) (hh:mm)
 - N: Diagnóstico al alta de Urgencias
 - O: Exitus
 - P: Mortalidad a los 30 días
 - Q: Número de días previo exitus
 - R: Número de días de hospitalización

	FECHA ALTA URG	COLOR TRIAJE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	DX SINDRÓMICO TRIAJE										N	O	P	Q	R
																Dolor torácico	Disnea	Bradicardia	Síncope	MEG	Fiebre	Accidente	Ingesta medicamentosa	Dolor abdominal	PCR					
1	01/01/2016	Amarillo	NO	H	59	1:24	1:27	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	5:10	3:46	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	7
2	01/01/2016	Amarillo	NO	M	85	17:40	17:51	0:11	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18:21	0:41	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5
3	03/01/2016	Amarillo	NO	M	86	10:58	11:04	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:25	2:27	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	15	
4	05/01/2016	Amarillo	NO	H	87	9:24	9:40	0:16	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:20	2:56	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	9	SÍ	SÍ	0	50	
5	05/01/2016	Naranja	NO	H	80	12:50	13:03	0:13	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	14:54	2:04	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	NO	50	50	
6	08/01/2016	Amarillo	NO	H	68	7:13	7:17	0:04	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	12:31	5:18	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	6	
7	11/01/2016	Amarillo	NO	M	86	19:09	19:20	0:11	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	20:32	1:23	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	7	
8	13/01/2016	-	SÍ	H	77	21:14	-	-	-	-	-	-	-	23:16	2:02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	SÍ	SÍ	3	3	
9	15/01/2016	Amarillo	NO	M	48	1:42	1:50	0:08	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	10:02	8:20	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	3	NO	-	-	5	
10	15/01/2016	Amarillo	NO	H	16	9:31	9:44	0:13	NO	NO	NO	NO	NO	10:16	0:45	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	4	NO	-	-	4	
11	19/01/2016	Amarillo	NO	M	37	14:39	14:42	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17:23	2:44	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	51	
12	20/01/2016	Amarillo	NO	H	67	14:22	14:32	0:10	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	22:00	7:38	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
13	22/01/2016	Verde	NO	M	84	0:23	0:25	0:02	NO	NO	NO	NO	NO	15:42	15:19	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
14	23/01/2016	-	SÍ	H	27	16:17	-	-	-	-	-	-	-	18:29	2:12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	NO	-	-	5	
15	24/01/2016	Amarillo	NO	M	84	12:16	12:23	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15:17	3:01	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	7	SÍ	SÍ	3	3	
16	24/01/2016	Amarillo	NO	M	89	20:26	20:32	0:06	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	22:15	1:49	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	5	NO	-	-	8	
17	26/01/2016	Amarillo	NO	M	84	16:57	17:07	0:10	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:03	4:06	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
18	27/01/2016	Amarillo	NO	H	67	9:20	9:34	0:14	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15:27	6:07	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	2	
19	28/01/2016	Naranja	NO	M	51	16:55	17:04	0:09	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:21	4:26	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	14	
20	29/01/2016	Naranja	NO	H	83	23:06	23:10	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	23:56	0:50	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
21	31/01/2016	-	SÍ	H	30	4:35	-	-	-	-	-	-	-	5:27	0:52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	NO	-	-	3	
22	01/02/2016	-	SÍ	H	63	0:52	-	-	-	-	-	-	-	1:21	0:29	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
23	01/02/2016	Naranja	NO	H	59	14:37	14:40	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	16:17	1:40	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
24	02/02/2016	-	SÍ	M	86	9:23	-	-	-	-	-	-	-	10:01	0:38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	3	
25	02/02/2016	Naranja	NO	H	50	21:23	21:25	0:02	NO	NO	NO	NO	NO	21:57	0:34	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	6	
26	04/02/2016	Amarillo	NO	M	64	20:55	21:02	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:27	0:32	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
27	05/02/2016	Amarillo	NO	H	52	12:06	12:13	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15:52	3:46	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
28	06/02/2016	Amarillo	NO	H	64	6:34	6:37	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	7:35	1:01	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	10	
29	06/02/2016	-	SÍ	H	62	17:54	-	-	-	-	-	-	-	18:56	1:02	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	8	NO	-	-	24	
30	09/02/2016	Verde	NO	M	48	3:09	3:13	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	4:00	0:51	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	10	
31	13/02/2016	Amarillo	SÍ	H	65	7:27	7:28	0:01	-	-	-	-	-	8:55	1:28	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
32	14/02/2016	Amarillo	NO	H	77	1:36	1:41	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	4:08	2:32	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
33	15/02/2016	Amarillo	SÍ	H	51	14:55	15:05	0:10	-	-	-	-	-	22:46	7:51	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	5	NO	-	-	16	
34	16/02/2016	-	SÍ	H	71	18:48	-	-	-	-	-	-	-	20:00	1:12	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	NO	-	6	
35	17/02/2016	Verde	NO	H	65	11:06	11:19	0:13	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	16:51	5:45	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	6	
36	17/02/2016	Naranja	NO	M	75	13:47	13:56	0:09	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	21:54	8:07	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	SÍ	SÍ	13	13	
37	19/02/2016	Amarillo	NO	M	82	18:13	18:18	0:05	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	23:02	4:49	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	SÍ	7	7	
38	21/02/2016	Amarillo	NO	M	75	4:29	4:34	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	7:28	2:59	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	9	NO	-	-	8	
39	22/02/2016	Amarillo	NO	H	42	8:21	8:26	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:43	5:22	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	8	
40	23/02/2016	Amarillo	NO	H	85	21:17	21:42	0:25	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	3:29	6:12	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	NO	-	2	

	FECHA ALTA URG	COLOR TRIAJE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	DX SINDRÓMICO TRIAJE										N	O	P	Q	R
																Dolor torácico	Disnea	Bradicardia	Síncope	MEG	Fiebre	Accidente	Ingesta medicamentosa	Dolor abdominal	PCR					
81	02/05/2016	-	SÍ	M	83	0:14	-	-	-	-	-	-	-	1:04	0:50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	4
82	04/05/2016	Amarillo	NO	M	51	8:41	8:46	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10:11	1:30	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	3	NO	-	-	2
83	05/05/2016	Amarillo	NO	M	75	16:31	16:44	0:13	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	19:12	2:41	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	22	
84	05/05/2016	Amarillo	NO	H	48	14:00	14:05	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19:25	5:25	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	NO	-	61	
85	05/05/2016	Verde	NO	H	57	18:20	18:27	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19:49	1:29	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
86	06/05/2016	Naranja	NO	H	69	9:13	9:24	0:11	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	17:10	7:57	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	7	
87	07/05/2016	Amarillo	NO	M	83	1:39	1:43	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	3:28	1:49	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	10	
88	14/05/2016	Naranja	NO	H	85	9:55	10:03	0:08	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:10	2:15	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	6	
89	16/05/2016	-	SÍ	H	43	10:24	-	-	-	-	-	-	-	12:17	1:53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	2	
90	17/05/2016	Amarillo	NO	H	95	16:05	16:09	0:04	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	16:57	0:52	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
91	18/05/2016	Amarillo	NO	M	76	13:03	13:08	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:41	9:38	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	6	
92	23/05/2016	-	SÍ	H	63	1:09	-	-	-	-	-	-	-	1:55	0:46	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	4	
93	26/05/2016	Verde	NO	H	84	8:54	9:10	0:16	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:13	4:19	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
94	27/05/2016	Amarillo	NO	M	79	6:41	6:45	0:04	NO	NO	NO	NO	NO	7:41	1:00	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
95	27/05/2016	Verde	NO	M	27	23:52	23:57	0:05	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	8:29	8:37	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	9	NO	-	-	2	
96	28/05/2016	Amarillo	NO	M	78	8:32	8:40	0:08	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	13:22	4:50	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	2	NO	-	-	23	
97	30/05/2016	Amarillo	NO	M	61	7:21	7:26	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:01	4:40	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
98	02/06/2016	Amarillo	NO	H	67	13:19	13:24	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	16:31	3:12	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
99	02/06/2016	Amarillo	NO	M	53	12:19	12:22	0:03	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	20:20	8:01	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	9	NO	-	-	3	
100	03/06/2016	Amarillo	NO	H	48	4:11	4:14	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	4:53	0:42	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
101	03/06/2016	Amarillo	NO	M	85	18:54	19:04	0:10	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:44	3:50	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	7	
102	04/06/2016	Amarillo	NO	H	47	0:23	0:29	0:06	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	2:19	1:56	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
103	04/06/2016	Amarillo	NO	M	74	4:09	4:13	0:04	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	8:55	4:46	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	SÍ	6	6	
104	06/06/2016	Verde	NO	H	56	3:50	3:53	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	5:20	1:30	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	SÍ	29	29	
105	09/06/2016	Amarillo	NO	M	77	12:03	12:19	0:16	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20:51	8:48	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	6	
106	12/06/2016	Verde	NO	H	17	4:17	4:26	0:09	NO	NO	NO	NO	NO	14:06	9:49	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	5	NO	-	-	5	
107	13/06/2016	Naranja	NO	H	32	1:17	1:20	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	3:49	2:32	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	9	
108	13/06/2016	Amarillo	NO	H	93	8:28	8:36	0:08	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	9:19	0:51	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
109	14/06/2016	Naranja	NO	H	22	16:50	16:58	0:08	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	20:50	4:00	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	5	NO	-	-	3	
110	15/06/2016	Rojo	SÍ	M	86	20:48	20:49	0:01	-	-	-	-	-	0:54	4:06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	2	
111	19/06/2016	Amarillo	NO	H	61	11:34	11:46	0:12	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:58	1:24	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
112	20/06/2016	Amarillo	NO	H	54	19:43	19:45	0:02	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:46	2:03	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	7	
113	24/06/2016	Amarillo	NO	H	79	13:37	13:43	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:16	8:39	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	5	NO	-	-	11	
114	26/06/2016	Amarillo	NO	H	86	14:41	14:44	0:03	NO	NO	NO	NO	NO	15:59	1:18	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	5	NO	-	-	4	
115	26/06/2016	Naranja	NO	M	80	21:05	21:12	0:07	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	21:13	0:08	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	NO	130	13	
116	26/06/2016	Naranja	NO	M	81	21:25	21:38	0:13	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	22:44	1:19	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
117	29/06/2016	Amarillo	NO	H	34	11:08	11:14	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	14:27	3:19	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	2	NO	-	-	16	
118	02/07/2016	Amarillo	SÍ	H	65	21:17	21:21	0:04	-	-	-	-	-	22:55	1:38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	41	
119	03/07/2016	Amarillo	NO	H	46	21:55	22:14	0:19	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	23:35	1:40	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
120	07/07/2016	Amarillo	NO	M	24	20:52	20:56	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:32	1:40	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	7	NO	-	-	11	

	FECHA ALTA URG	COLOR TRIAJE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	DX SINDRÓMICO TRIAJE										N	O	P	Q	R	
																Dolor torácico	Disnea	Bradicardia	Síncope	MEG	Fiebre	Accidente	Ingesta medicamentosa	Dolor abdominal	PCR						
121	09/07/2016	Verde	NO	M	53	1:24	1:35	0:11	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	7:26	6:02	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	6
122	13/07/2016	Naranja	NO	H	83	18:08	18:14	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19:15	1:07	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	10	SÍ	SÍ	0	0	
123	16/07/2016	Naranja	NO	H	80	0:12	0:46	0:34	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	2:46	2:34	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
124	18/07/2016	Rojo	SÍ	H	74	12:35	12:39	0:04	-	-	-	-	-	13:35	1:00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	SÍ	SÍ	5	5	
125	22/07/2016	Amarillo	NO	M	58	20:34	20:50	0:16	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	1:19	4:15	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	4	
126	24/07/2016	-	SÍ	H	43	4:49	-	-	-	-	-	-	-	7:10	2:21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	2	
127	25/07/2016	Verde	NO	H	31	10:49	10:54	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15:30	4:41	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	8	
128	27/07/2016	Verde	NO	M	90	7:35	7:42	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9:28	1:53	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
129	27/07/2016	Amarillo	NO	M	65	18:05	18:12	0:07	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:03	3:58	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	15	
130	02/08/2016	Amarillo	NO	M	76	18:47	18:55	0:08	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:28	3:41	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	9	NO	-	-	7	
131	04/08/2016	Amarillo	NO	M	52	8:41	8:46	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10:11	1:30	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	3	NO	-	-	2	
132	04/08/2016	Verde	NO	M	88	9:37	9:49	0:12	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:11	2:34	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	6	
133	07/08/2016	Amarillo	NO	H	71	16:35	16:45	0:10	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17:06	0:31	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
134	09/08/2016	Amarillo	NO	H	83	9:06	9:15	0:09	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10:04	0:58	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1	NO	-	-	3
135	09/08/2016	Amarillo	NO	H	51	15:36	15:41	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18:41	3:05	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	1	
136	11/08/2016	-	SÍ	H	17	15:48	-	-	-	-	-	-	-	17:03	1:15	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	4	NO	-	-	2	
137	12/08/2016	Amarillo	NO	M	68	17:51	17:59	0:08	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:01	4:10	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
138	13/08/2016	Verde	NO	M	61	4:56	5:02	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10:12	5:16	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1	NO	-	-	4
139	13/08/2016	Rojo	SÍ	M	88	15:25	15:42	0:17	-	-	-	-	-	18:40	3:15	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	7	SÍ	SÍ	4	4	
140	18/08/2016	Amarillo	NO	M	68	8:17	8:24	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	8:53	0:36	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
141	18/08/2016	Amarillo	NO	M	67	3:25	3:30	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:20	8:55	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	2	NO	-	-	22
142	18/08/2016	Verde	NO	H	74	11:05	11:10	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18:29	7:24	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	8	
143	23/08/2016	Amarillo	NO	H	54	14:01	14:05	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15:13	1:12	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
144	24/08/2016	Amarillo	NO	M	44	12:47	13:02	0:15	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20:30	7:43	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	3	NO	-	-	9	
145	25/08/2016	Amarillo	NO	M	77	18:20	18:24	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	22:11	3:51	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	7	
146	31/08/2016	Amarillo	NO	M	87	16:43	16:49	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20:32	3:49	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1	NO	-	-	15
147	31/08/2016	Naranja	NO	M	85	17:36	17:42	0:06	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	19:21	1:45	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	SÍ	1	1	
148	15/08/2016	Amarillo	NO	M	67	17:17	17:21	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18:16	0:59	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
149	02/09/2016	Amarillo	SÍ	H	88	11:36	11:47	0:11	-	-	-	-	-	14:48	3:12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	NO	-	-	19	
150	03/09/2016	Verde	NO	H	94	11:52	11:54	0:02	NO	NO	NO	NO	NO	14:14	2:22	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	5	SÍ	SÍ	9	9	
151	04/09/2016	Rojo	NO	H	35	20:28	20:31	0:03	NO	NO	NO	NO	NO	21:15	0:47	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	9	NO	-	-	3	
152	05/09/2016	Amarillo	NO	H	62	10:13	10:17	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	11:10	0:57	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	11	
153	05/09/2016	-	SÍ	M	36	10:43	-	-	-	-	-	-	-	14:18	3:35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	NO	-	-	31	
154	07/09/2016	Verde	SÍ	H	67	2:21	2:22	0:01	-	-	-	-	-	2:46	0:25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	5	
155	07/09/2016	-	SÍ	H	72	19:50	-	-	-	-	-	-	-	20:17	0:27	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	8	SÍ	SÍ	3	3
156	11/09/2016	Amarillo	NO	H	67	13:59	14:07	0:08	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	16:33	2:34	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	7	NO	-	-	19	
157	12/09/2016	Amarillo	NO	M	87	19:31	19:35	0:04	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	21:05	1:34	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
158	13/09/2016	-	SÍ	H	69	14:25	-	-	-	-	-	-	-	17:11	2:46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	56	
159	15/09/2016	Amarillo	NO	M	51	21:30	21:35	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	0:01	2:31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	5	NO	-	-	12	
160	19/09/2016	Amarillo	NO	H	79	17:00	17:04	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	0:33	7:33	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	50	

	FECHA ALTA URG	COLOR TRIAJE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	DX SINDRÓMICO TRIAJE										N	O	P	Q	R			
																Dolor torácico	Disnea	Bradicardia	Síncope	MEG	Fiebre	Accidente	Ingesta medicamentosa	Dolor abdominal	PCR								
161	22/09/2016	Verde	NO	H	46	8:23	8:27	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:06	3:43	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4
162	22/09/2016	Amarillo	NO	M	70	12:11	12:17	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	14:26	2:15	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	2	NO	-	-	14	
163	25/09/2016	Naranja	NO	M	64	12:13	12:17	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	16:09	3:56	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	50	
164	25/09/2016	Naranja	NO	M	45	18:26	18:36	0:10	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	21:13	2:47	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	5	
165	30/09/2016	Verde	NO	M	54	19:51	19:56	0:05	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	15:01	19:10	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	9	NO	-	-	6	
166	30/09/2016	Naranja	NO	M	61	0:24	0:29	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	2:04	1:40	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	SÍ	0	0	
167	30/09/2016	Amarillo	SÍ	M	83	15:12	15:16	0:04	-	-	-	-	-	19:11	3:59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	NO	-	-	11	
168	01/10/2016	Amarillo	NO	H	90	11:40	11:42	0:02	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:03	1:23	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
169	02/10/2016	Amarillo	NO	M	88	10:25	10:30	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:12	1:47	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7	SÍ	SÍ	1	1	
170	02/10/2016	Rojo	SÍ	H	60	18:14	18:17	0:03	-	-	-	-	-	20:29	2:15	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7	NO	-	-	12	
171	08/10/2016	Naranja	NO	H	85	9:48	9:55	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	11:34	1:46	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	2	
172	08/10/2016	-	SÍ	M	74	13:46	-	0:02	-	-	-	-	-	15:04	1:18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	NO	-	-	19	
173	08/10/2016	Amarillo	NO	M	50	14:42	14:44	0:02	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	18:18	3:36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	7	NO	-	-	17	
174	09/10/2016	Amarillo	NO	M	81	22:19	22:38	0:19	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	1:36	3:17	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
175	10/10/2016	Amarillo	NO	M	50	20:23	20:29	0:06	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	0:18	3:55	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	2	NO	-	-	8	
176	16/10/2016	-	SÍ	H	60	14:21	-	-	-	-	-	-	-	16:06	1:45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	3	
177	17/10/2016	Naranja	NO	H	64	12:32	12:38	0:06	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	17:14	4:42	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	SÍ	30	30	
178	18/10/2016	Amarillo	NO	H	47	22:02	22:07	0:05	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	0:35	2:33	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	10	
179	21/10/2016	Amarillo	NO	H	56	18:43	18:56	0:13	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	0:01	5:18	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	9	NO	-	-	6	
180	21/10/2016	Amarillo	SÍ	M	62	21:27	21:29	0:02	-	-	-	-	-	22:31	1:04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SÍ	SÍ	1	1	
181	22/10/2016	Amarillo	NO	H	35	3:29	3:37	0:08	NO	NO	NO	NO	SÍ	7:49	4:20	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	13	
182	25/10/2016	-	SÍ	M	64	7:12	-	-	-	-	-	-	-	11:23	4:11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	NO	-	-	28	
183	30/10/2016	Amarillo	NO	M	77	4:07	4:11	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	11:25	7:18	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	8	
184	31/10/2016	Amarillo	NO	M	45	9:35	9:51	0:16	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	11:04	1:29	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	8	
185	01/11/2016	Amarillo	NO	H	80	18:13	18:32	0:19	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:31	3:18	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	10	
186	01/11/2016	Amarillo	NO	M	60	18:36	18:42	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:44	3:08	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	13	
187	03/11/2016	-	SÍ	M	85	12:14	-	-	-	-	-	-	-	16:06	3:52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SÍ	SÍ	2	2	
188	03/11/2016	Amarillo	NO	H	53	13:44	14:01	0:17	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18:59	5:15	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	11	
189	04/11/2016	Naranja	NO	H	56	20:07	20:15	0:08	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	22:52	2:45	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	6	
190	07/11/2016	Rojo	SÍ	M	22	14:21	14:23	0:02	-	-	-	-	-	16:27	2:06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	NO	-	-	2	
191	07/11/2016	Amarillo	NO	H	80	14:07	14:17	0:10	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	22:18	8:11	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	21	
192	08/11/2016	-	SÍ	M	75	21:03	-	-	-	-	-	-	-	23:59	2:56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	NO	-	-	20	
193	09/11/2016	-	SÍ	M	50	14:16	-	-	-	-	-	-	-	14:41	0:25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	NO	-	-	12	
194	09/11/2016	Amarillo	NO	H	67	19:00	19:03	0:03	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:27	2:27	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	9	
195	09/11/2016	Amarillo	NO	H	47	20:30	20:32	0:02	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	22:36	2:06	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	5	NO	-	-	13	
196	13/11/2016	Amarillo	NO	H	42	10:05	10:10	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	15:08	5:03	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	4	
197	14/11/2016	Amarillo	NO	M	62	10:18	10:24	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:59	2:41	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	8	
198	16/11/2016	Amarillo	SÍ	M	63	7:58	8:03	0:05	-	-	-	-	-	11:10	3:12	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	SÍ	3	3	
199	16/11/2016	Amarillo	NO	H	62	11:06	11:12	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12:38	1:32	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7	SÍ	SÍ	3	3	
200	16/11/2016	Rojo	SÍ	H	83	11:35	11:41	0:35	-	-	-	-	-	12:54	1:19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	SÍ	SÍ	0	0	

	FECHA ALTA URG	COLOR TRIAJE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	DX SINDRÓMICO TRIAJE										N	O	P	Q	R
																Dolor torácico	Disnea	Bradicardia	Síncope	MEG	Fiebre	Accidente	Ingesta medicamentosa	Dolor abdominal	PCR					
201	16/11/2016	Amarillo	NO	M	80	15:07	15:16	0:09	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18:56	3:49	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	SÍ	0	0
202	17/11/2016	Verde	NO	H	76	6:18	6:22	0:04	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9:34	3:16	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	SÍ	NO	38	38	
203	19/11/2016	Amarillo	SÍ	H	80	15:54	16:02	0:08	-	-	-	-	-	16:51	0:57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	SÍ	SÍ	13	13	
204	22/11/2016	-	SÍ	H	63	19:21	-	-	-	-	-	-	-	20:06	0:45	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	8	SÍ	SÍ	6	6	
205	24/11/2016	Amarillo	NO	H	80	9:20	9:26	0:06	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	11:45	2:25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	SÍ	SÍ	7	7	
206	28/11/2016	Amarillo	NO	H	64	18:31	18:37	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	0:12	5:41	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	SÍ	27	27	
207	01/12/2016	-	SÍ	M	35	23:04	-	-	-	-	-	-	-	0:50	1:46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5					
208	02/12/2016	Amarillo	NO	M	88	11:19	11:55	0:36	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:02	1:43	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
209	02/12/2016	-	SÍ	H	48	18:58	-	-	-	-	-	-	-	19:40	0:42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	3	
210	02/12/2016	-	SÍ	M	82	21:03	-	-	-	-	-	-	-	21:39	0:36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	SÍ	SÍ	3	3	
211	04/12/2016	Amarillo	NO	M	80	16:33	16:39	0:06	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	18:45	2:12	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	12	
212	06/12/2016	Amarillo	NO	H	71	16:12	16:23	0:11	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	17:09	0:57	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1	NO	-	-	3	
213	07/12/2016	Amarillo	NO	M	88	10:19	10:25	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:09	2:50	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	12	
214	10/12/2016	-	SÍ	M	69	11:41	-	-	-	-	-	-	-	12:15	0:34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	NO	-	-	51	
215	11/12/2016	Naranja	SÍ	M	58	18:09	18:15	0:06	-	-	-	-	-	20:39	2:30	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	9	SÍ	SÍ	2	2	
216	11/12/2016	Naranja	NO	H	59	19:03	19:12	0:09	-	-	-	-	-	21:46	2:43	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
217	13/12/2016	Amarillo	NO	H	61	4:29	4:32	0:03	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	8:09	3:40	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	9	
218	14/12/2016	Naranja	NO	H	65	10:15	10:19	0:04	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	11:21	1:06	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
219	15/12/2016	-	SÍ	H	64	20:51	-	-	-	-	-	-	-	23:57	3:06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	NO	-	-	8	
220	17/12/2016	Verde	NO	H	75	8:41	8:46	0:05	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:54	5:13	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6	NO	-	-	10	
221	18/12/2016	Amarillo	SÍ	H	77	1:02	1:09	0:07	-	-	-	-	-	4:48	3:46	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	9	SÍ	SÍ	0	0	
222	18/12/2016	Amarillo	SÍ	M	77	4:01	4:06	0:05	-	-	-	-	-	5:10	1:09	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	5	
223	21/12/2016	-	SÍ	H	58	0:47	-	-	-	-	-	-	-	1:10	0:23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	NO	-	-	2	
224	21/12/2016	Amarillo	NO	M	77	9:34	9:38	0:04	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	10:28	0:54	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	7	
225	23/12/2016	Amarillo	NO	M	46	20:31	20:37	0:06	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:39	1:08	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
226	24/12/2016	Amarillo	SÍ	H	45	0:36	0:40	0:04	-	-	-	-	-	2:56	2:20	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	5	NO	-	-	24	
227	24/12/2016	-	SÍ	H	74	12:59	-	-	-	-	-	-	-	14:32	1:33	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	SÍ	SÍ	9	9	
228	24/12/2016	Naranja	SÍ	M	75	20:52	20:55	0:03	-	-	-	-	-	22:09	1:17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	SÍ	SÍ	6	6	
229	26/12/2016	Amarillo	NO	H	53	15:39	15:46	0:07	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	16:26	0:47	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	3	
230	27/12/2016	Verde	NO	H	53	20:16	20:39	0:23	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	23:59	3:43	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	1	NO	-	-	4	
231	28/12/2016	Amarillo	NO	H	72	19:28	19:46	0:18	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21:44	2:16	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	15	
232	29/12/2016	Amarillo	NO	H	57	10:18	10:28	0:10	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13:46	3:28	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO	-	-	4	
233	29/12/2016	Amarillo	NO	M	51	11:59	12:05	0:06	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	17:17	5:18	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	2	NO	-	-	14	

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. <http://www.triagemanchester.com>
2. Leite L, Baptista R, Leitaó J, Cochicho J, Breda F, Elvas F. *Chest Pain in the Emergency Department: risk stratification with Manchester triage system and HEART score*. BMC Cardiovasc Disord. 2015; 15:48.
3. Keep JW, Messner AS, Sladden R, Burnell N, Pinate R, Tunnicliff M, Glucksman E. *National early warning score at Emergency Department triage may allow earlier identification of patients with severe sepsis and septic shock: a retrospective observational study*. Emerg Med J. 2016 Jan; 33(1): 37-41.
4. Nishi FA, De Motta Maia FO, De Lopes Monteiro da Cruz DA. *Assessing sensitivity and specificity of the Manchester triage System in the evaluation of acute coronary syndrome in adult patients in emergency care: a systematic review protocol*. JBI Database System. Rev Implement Rep. 2015 Nov, 13(11): 64-73.
5. Seiger N, Ruige M, Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, Van Meurs AH, Moll HA. *Undertriage in the Manchester triage system: an assessment of severity and options for improvement*. Arch Dis Child. 2011 Jul; 96(7): 653-7.
6. Van der Wulp I, Schrijvers AJ, Van Stel HF. *Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester triage System: a retrospective observational study*. Emergency Med J. 2009 Jul; 26(7): 506-9.
7. Vegting IL, Alam N, Ghanes K, Jouini O, Muddler F. *What are we waiting for? Factors influencing completion times in an academic and peripheral emergency department*. The Netherlands Journal of Medicine. August 2015, Vol 73. N7; 331-340.
8. Martins HM, Cuña LM, Freitas H. *Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital*. Emerg Med J. 2009 Mar; 26(3): 183-6.
9. Steiner D, Renetseder F, Kutz A, Haubitz S. *Performance of the Manchester Triage System in adult Medical Emergency Patients: A prospective cohort study*. J. Emerg Med 2016 Apr; 50(4): 678-89.
10. <http://www.who.int/es/>
11. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Elke P. *Modern triage in the Emergency Department*. Dtsch Arztebl Int. 2010 Dec; 107(50): 892–898.