

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE POST GRADO

Y EDUCACIÓN CONTÍNUA

CAJA NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL OBRERO Nº 2



MED.
FOSIS
F634i
2008
65

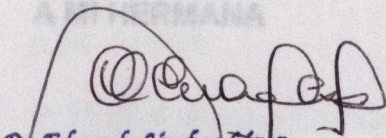
INTRODUCCIÓN DEL USO DEL TAMIZAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBRERO Nº2 - C.N.S. ENERO – DICIEMBRE 2007

DEDICATORIA

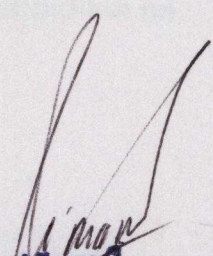
Residente : Dra. Lisset Marlene Flores Trujillo
Tutor: Dr. Miguel Jimeno Caballero.
Pediatra C.N.S.

Quien con todo su amor, sacrificio y sabiduría me incentivó y guió hacia
mis metas trazadas.

A MI HERMANA


Dr. Edmundo Sánchez López
CIRUJANO PEDIATRA
S-235 CNS

Cochabamba
2008


Dr. Miguel Jimeno C.
MEDICO-PEDIATRA
J. 55 CNS

comprensión y apoyo incondicional me ayudó a seguir por
situaciones difíciles, enseñándome a jamás darme por vencida.



INTRODUCCIÓN DEL TAMIZAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL OBRERO No. 2 DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD COCHABAMBA EN EL PERÍODO DE ENERO DE 2007 - DICIEMBRE DE 2007.

	Pág.
Introducción.	1
Resumen	3
Planteamiento del Problema	6
Objetivo general:	6
Objetivos específicos.	6
Marco teórico.	7
Diseño metodológico	21
Resultados.	23
Conclusión y Discusión.	34
Recomendaciones	36
Referencia Bibliográfica.	37

La situación descrita, junto con la reciente aplicación de conceptos y técnicas de control de calidad a la actividad asistencial, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean visitados antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera.



**INTRODUCCIÓN DEL TAMIZAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL OBRERO No. 2 DE
LA CAJA NACIONAL DE SALUD COCHABAMBA ENTRE
ENERO DE 2007 –DICIEMBRE DE 2007.**

INTRODUCCION.

El creciente fenómeno de masificación de los servicios de Urgencias lleva en numerosas ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos humanos y materiales, esto condiciona que los pacientes que acuden al hospital a pesar de ser atendidos de forma inmediata, la masificación genera tiempo de espera que sin ser patología de emergencia puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que son emergencias, los mismos que en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida.

La situación descrita, junto con la reciente aplicación de conceptos y técnicas de control de calidad a la actividad asistencial, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean visitados antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera.



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

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de Triage representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado del Triage y el diagnóstico final; así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.