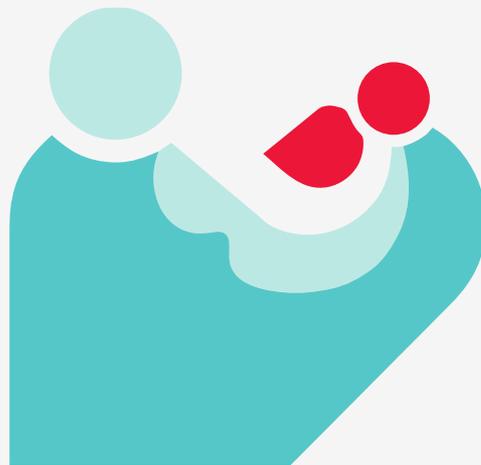


XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar



XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

COMUNICACIÓN LARGA

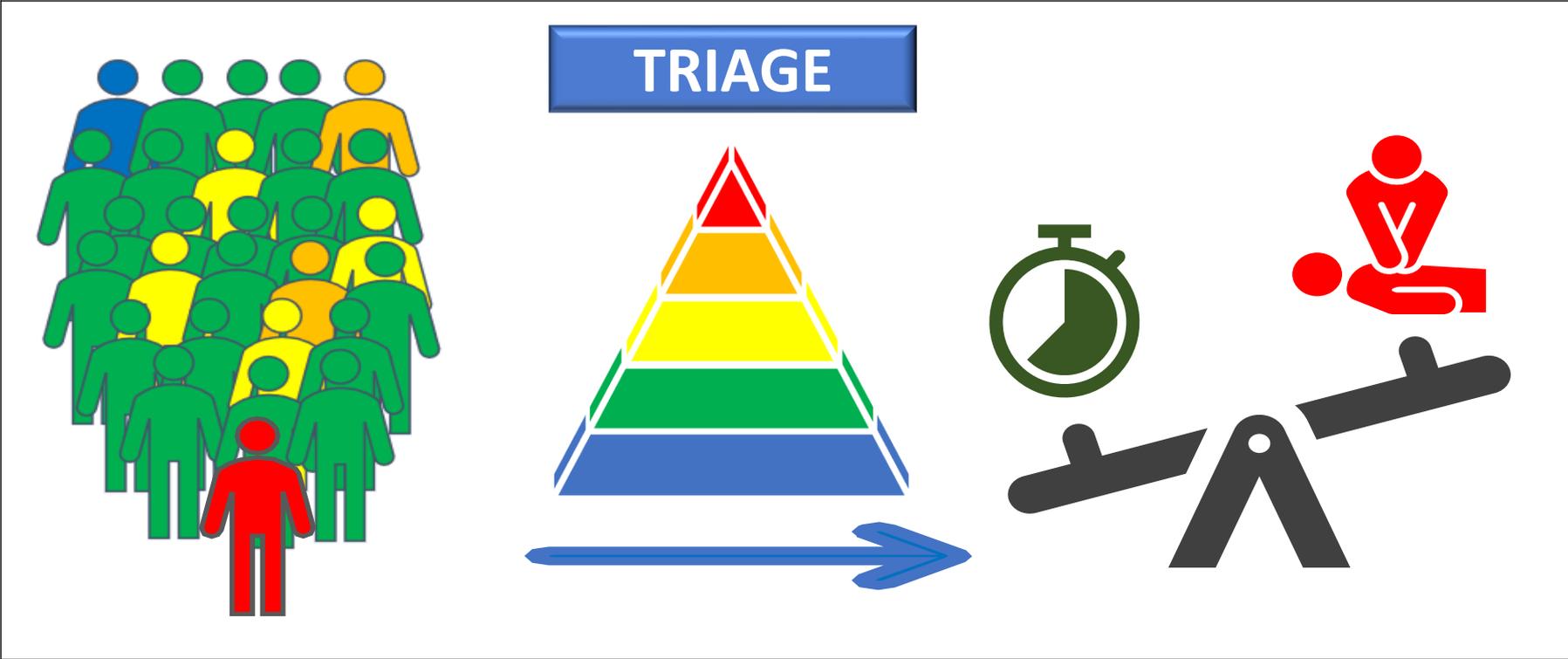
Análisis de la validez del sistema de triage pediátrico de cinco niveles TRIPED-GM

Guerrero Márquez G, Míguez Navarro C, Ignacio Cerro MC, Rivas García, A.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.



Introducción y objetivos



Introducción y objetivos



VALIDEZ



FIABILIDAD



Sistema de triage pediátrico Gregorio Marañón

TRIPED-GM



- 1 **Valoración clínica inicial: TEP**
- 2 **Abstracción del síntoma/signo guía.**
- 3 Valoración clínica dirigida: si precisa
- 4 Toma de constantes vitales si precisa
- 5 **Valorar rectificadores: edad, patología de base**
- 6 Asignación del nivel de prioridad





Objetivo

Determinar la validez
del TRIPED-GM

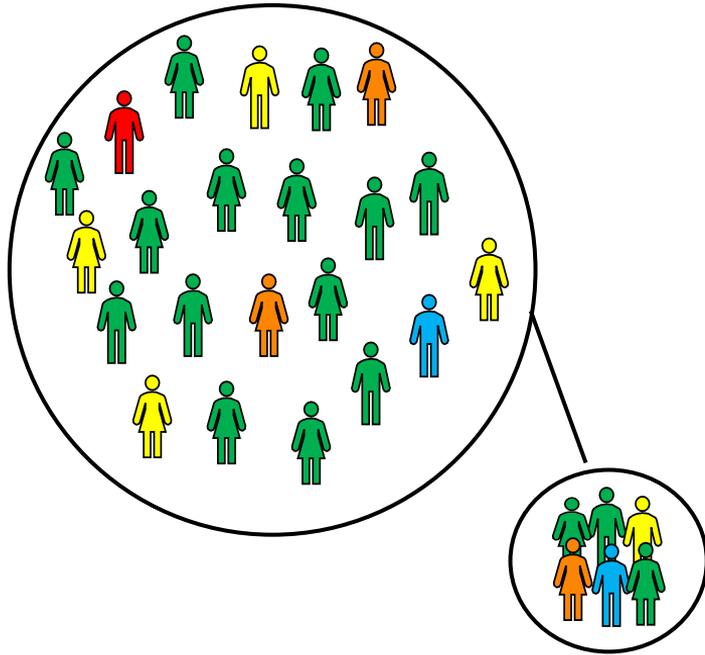


Metodología

- Estudio observacional, descriptivo, transversal
- SUP HGU Gregorio Marañón (56.000 urgencias anuales)
agosto de 2016 a Julio de 2017.

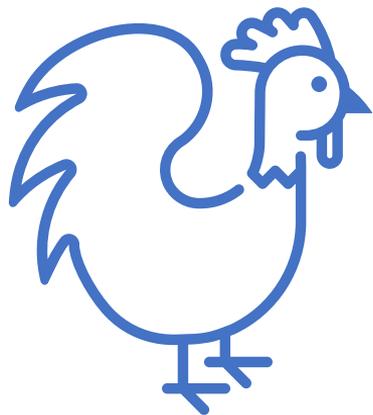


Metodología

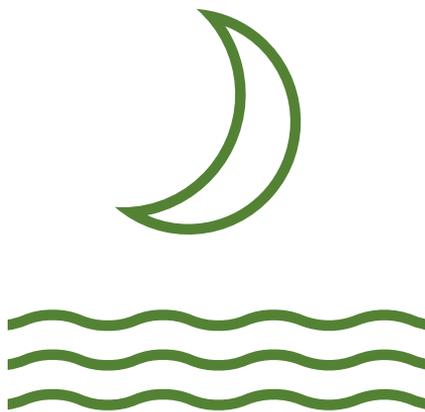


- Prevalencia 4% P1 y P2
- Sensibilidad 95%
- IC 95%
- Precisión del 10%
- n= 475





8:00-14:59



15:00-21:59



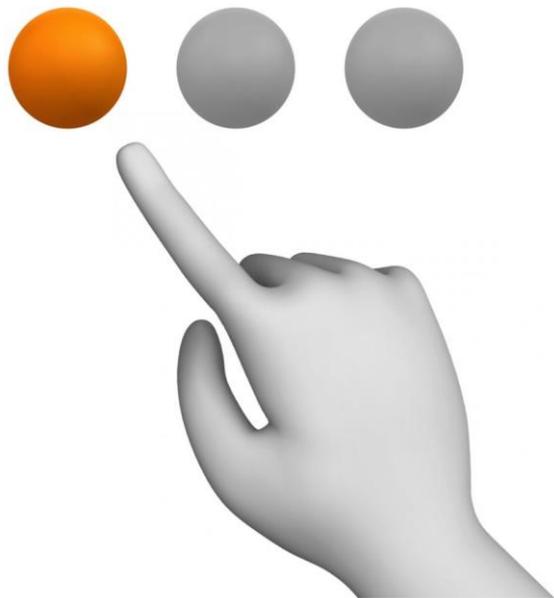
22:00-7:59



- TM: 3 niños después de las 13:00.
- TT: 4 primeros después de las 19:30.
- TN: 2 primeros después 3:00 h



Metodología



- **Criterios de inclusión:** < 16 años
- **Criterios de exclusión:**
 - P1.
 - No firma consentimiento informado.
 - Barrera idiomática importante.
 - Control clínico 24-48 h.

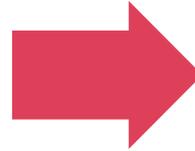


Metodología

1ª Fase

Triage

- Método habitual
- 1º cuestionario



2ª Fase

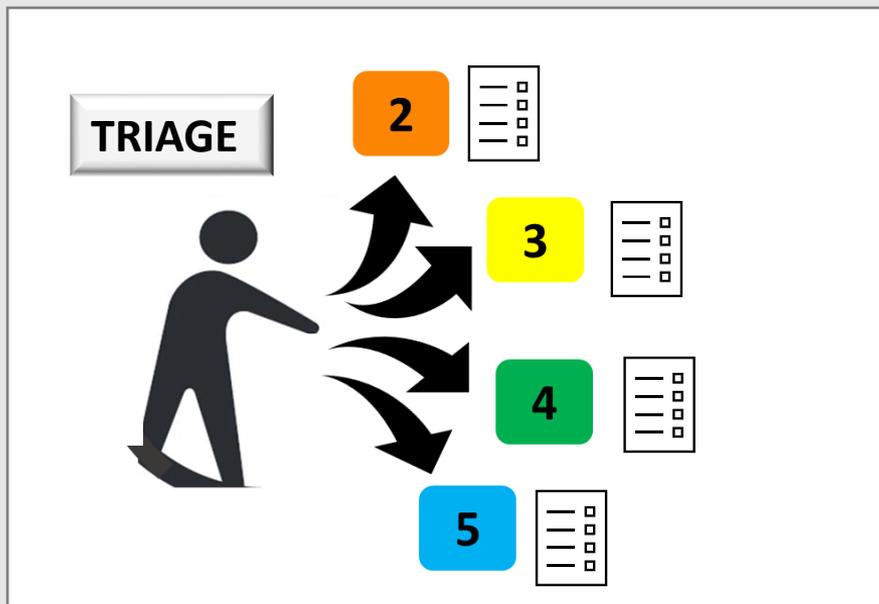
Comité de expertos

- Revisión y análisis
- 2º cuestionario

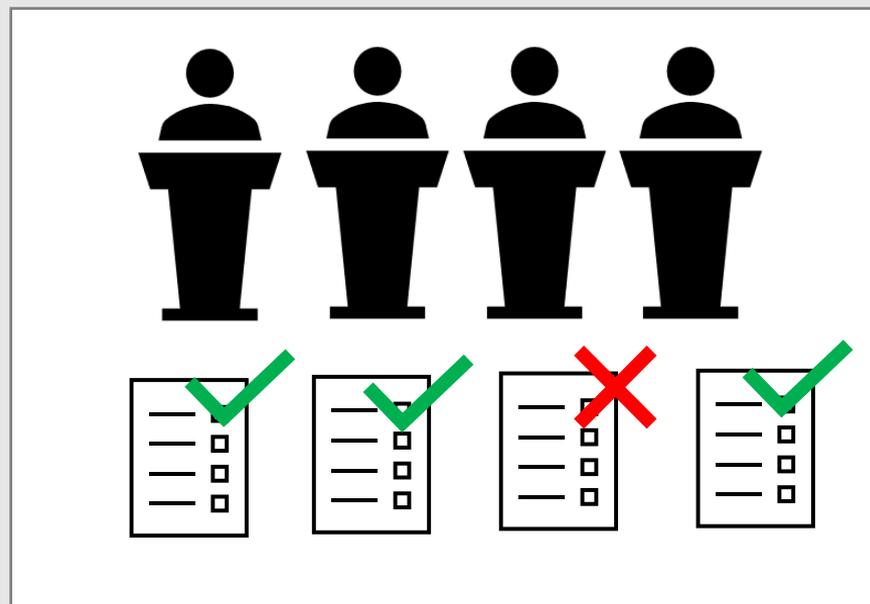


Metodología

1ª FASE



2ª FASE



PRIMERA FASE

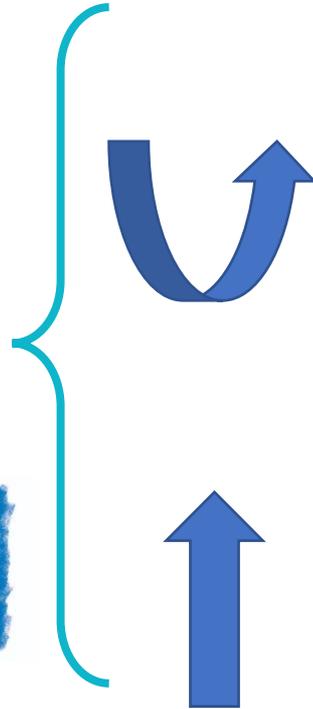
- Variables demográficas: edad, sexo.
- TEP, prioridad parcial por TEP.
- Síntoma/signo principal, prioridad parcial por síntoma/signo principal.
- Evaluación específica (sí/no), toma de constantes vitales (sí/no), modificación de prioridad por evaluación específica o constantes vitales (sí/no),
- Presencia de rectificadores de prioridad (no/sí y cual: edad o enfermedad de base), modificación de prioridad por corrector (sí/no)
- Prioridad final.

SEGUNDA FASE

- Médico que atendió al paciente.
- TEP registrado por el médico.
- Pruebas complementarias (PC).
- Tratamientos administrados.
- Necesidad de observación en urgencias.
- Necesidad de ingreso (planta o UCIP).
- Tiempo de estancia total en urgencias.
- Prioridad final: correcta/incorrecta, sobretriage/infratriage.



Metodología



VALIDEZ INDIRECTA:

- Consumo de recursos (PC/ ttos administrados)
- Necesidad observación
- % ingresos (planta/UCIP)
- Tº de estancia media (TEM)

VALIDEZ DIRECTA:

- Sensibilidad
- Especificidad



Metodología

	Enfermo	Sano
Positivo	VP	FP
Negativo	FN	VN

$$\text{Sensibilidad} = \text{VP} / (\text{VP} + \text{FN})$$

$$\text{Especificidad} = \text{VN} / (\text{FN} + \text{VN})$$

	Enfermo	Sano
Positivo	Triados correctamente	Sobretriage
Negativo	Subtriage	Resto de prioridades



Reclutamiento

N=57235

(n= 504)

Incluidos
(n= 485)

Excluidos (n= 19)

- Prioridad 1 (n= 4)
- No consentimiento (n=8)
- Barrera idiomática (n= 5)
- No acompañados (n=2)

P2

(n=22, 4,5%)

P3

(n= 162, 33,4%)

P4

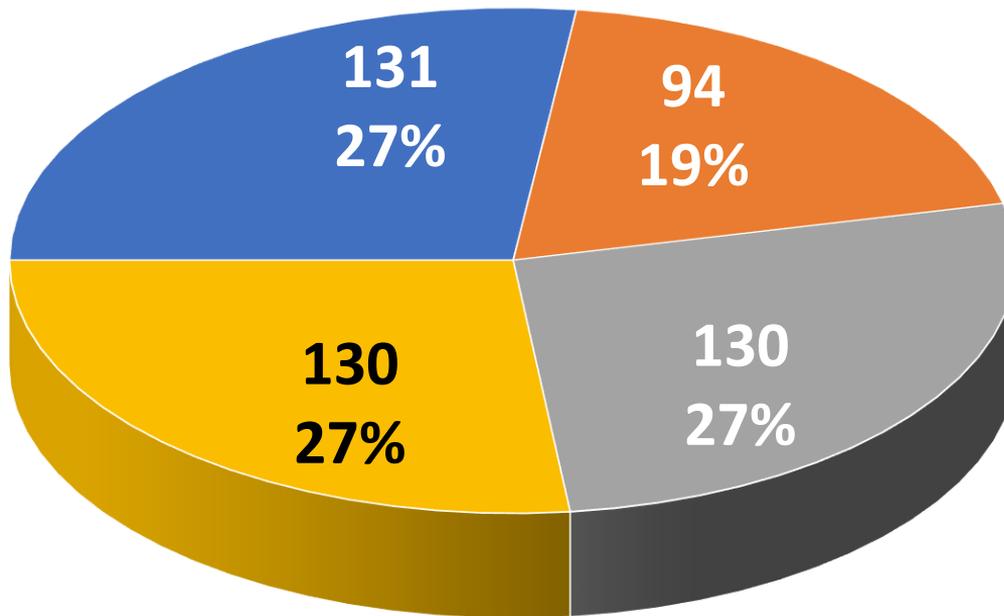
(n= 296, 61%)

P5

(n= 5, 1%)



Resultados



Resultados

CARACTERÍSTICAS	n (%)	Mediana (IQI)	
EDAD	Edad	485	5 (1,8-10)
	< 2 años (en meses)	127 (26,2%)	12 (6-18)
	> 2 años (en años)	358 (73,8%)	7 (4-11)
SEXO	Hombre	274 (56,5%)	
	Mujer	211 (43,5%)	
MOTIVO DE LLEGADA A URGENCIAS	Enfermedad	370 (76,3%)	
	Accidente	115 (23,7%)	



Resultados

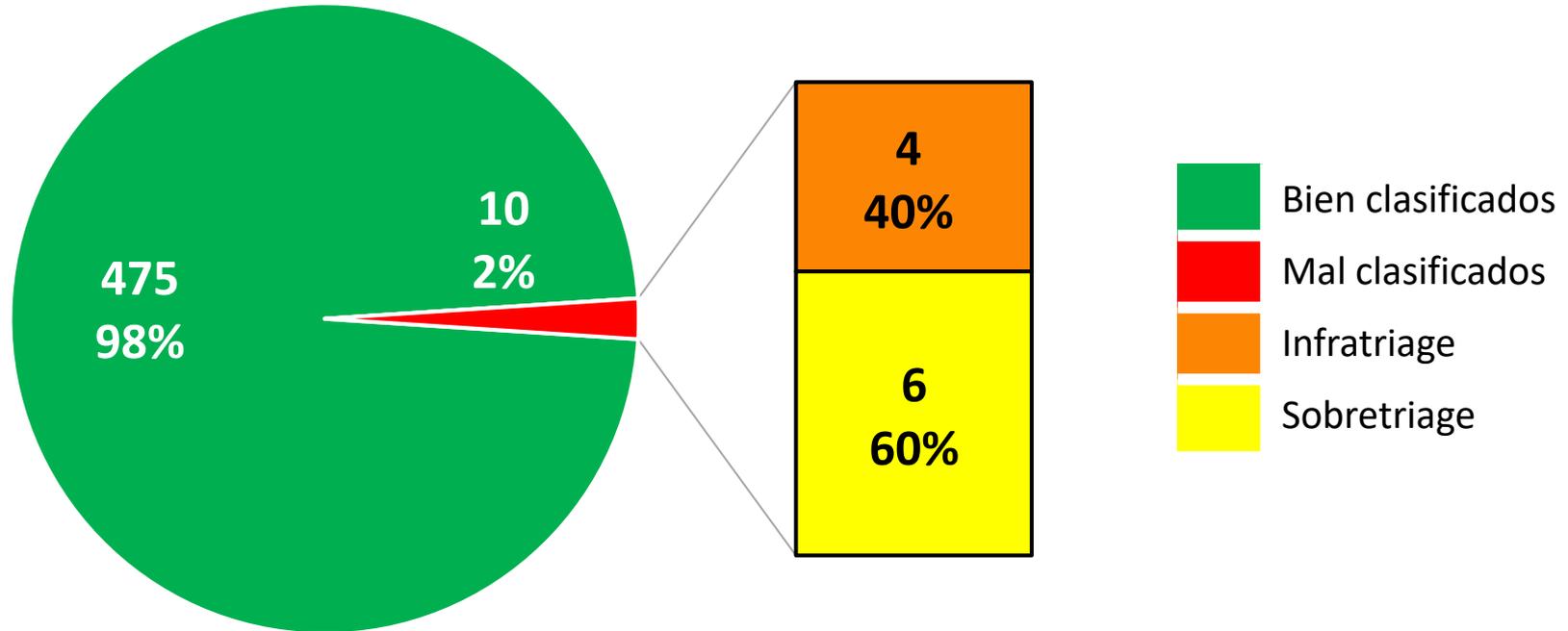
CATEGORÍA SINTOMÁTICA	DOLOR	105 (21,6%)
	TRAUMAORTOPÉDICO	94 (19,4%)
	MUCOCUTÁNEOS	69 (14,2%)
	DIGESTIVOS	59 (12,2%)
	RESPIRATORIOS	56 (11,5%)
	FIEBRE	27 (5,6%)



RESULTADOS:
Validez directa



Metodología: validez directa



Metodología: validez directa

PRIORIDAD ASIGNADA EN TRIAGE	PRIORIDAD ASIGNADA POR EL COMITÉ DE EXPERTOS					
		P2	P3	P4	P5	TOTAL
P2		22				22
P3		1	158	3		162
P4			3	290	3	296
P5					5	5
TOTAL		23	161	293	8	485



Capacidad predictiva del TRIPEDGM por nivel de prioridad

Capacidad predictiva	NIVEL DE PRIORIDAD			
	P 2 % (IC 95%)	P3 % (IC 95%)	P4 % (IC 95%)	P5 % (IC 95%)
Pacientes correctamente diagnosticados	99,79% (98,67-99,99%)	98,56% (96,92-99,37%)	98,14% (96,38-99,09%)	99,38% (98,05-99,84%)
Sensibilidad	95,65% (76,03-99,77%)	98,15% (94,26-99,52%)	98,98% (96,79-99,74%)	62,50% (25,89-89,76%)
Especificidad	100,00% (98,97-99,98%)	98,77% (96,65-99,6%)	96,88% (93,01-98,72%)	100,00% (99,99-98%)

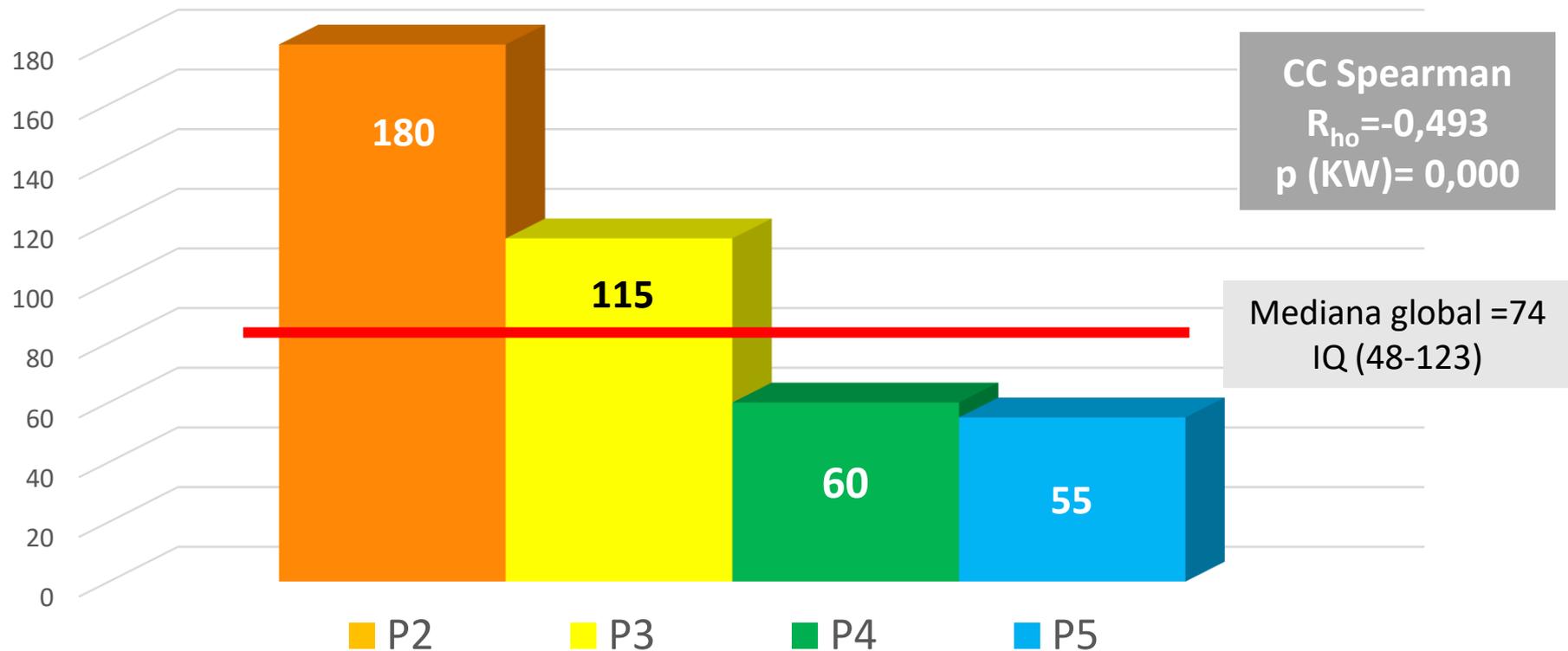


RESULTADOS:

Validez indirecta



Resultados: TEM por prioridades



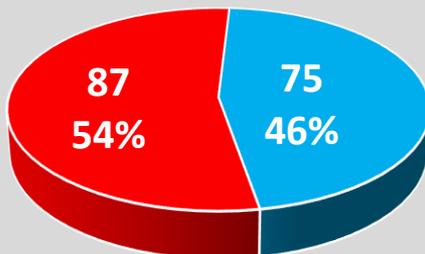
Necesidad de observación por prioridades

Prioridad 2



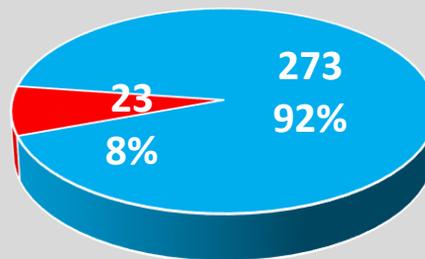
■ SI ■ NO

Prioridad 3



■ SI ■ NO

Prioridad 4



■ SI ■ NO

Prioridad 5



■ SI ■ NO

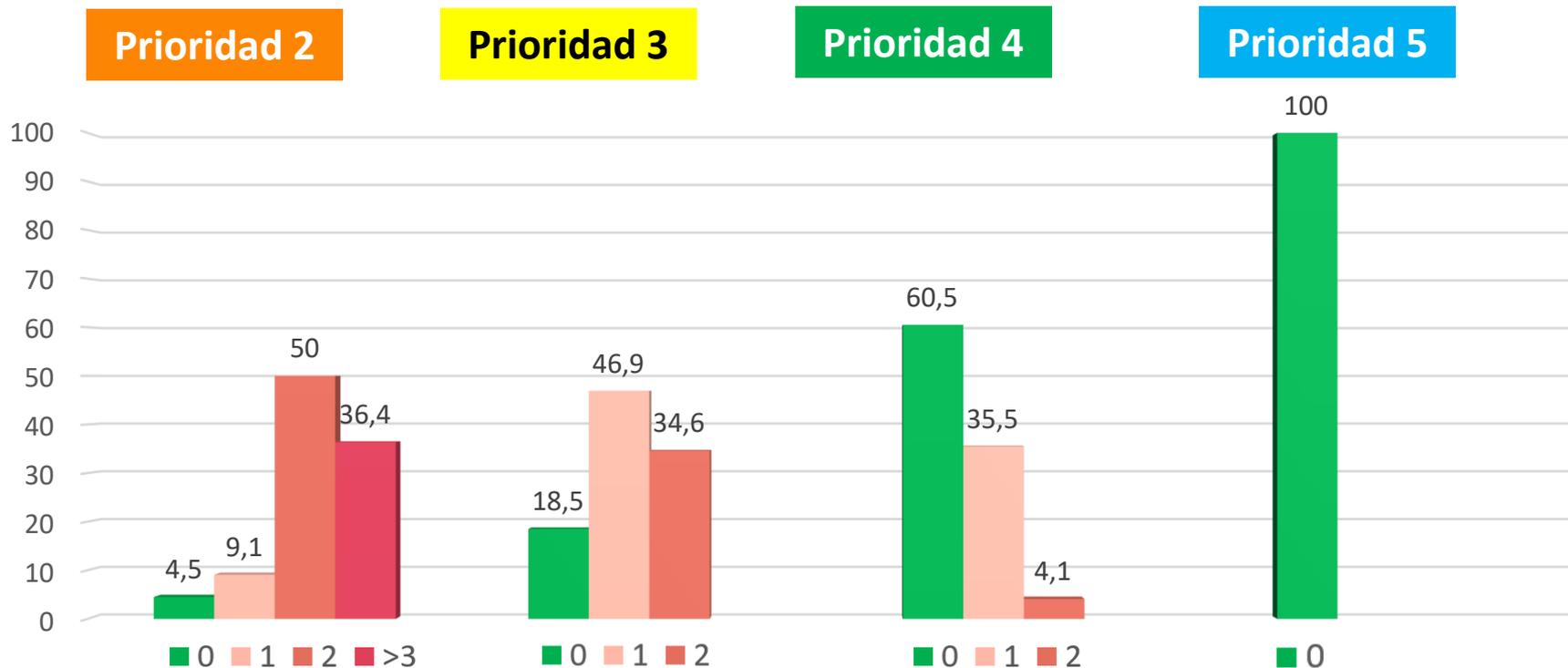
P=0,000



Nº de pruebas por nivel de prioridad

$R_{ho} = -0,508$

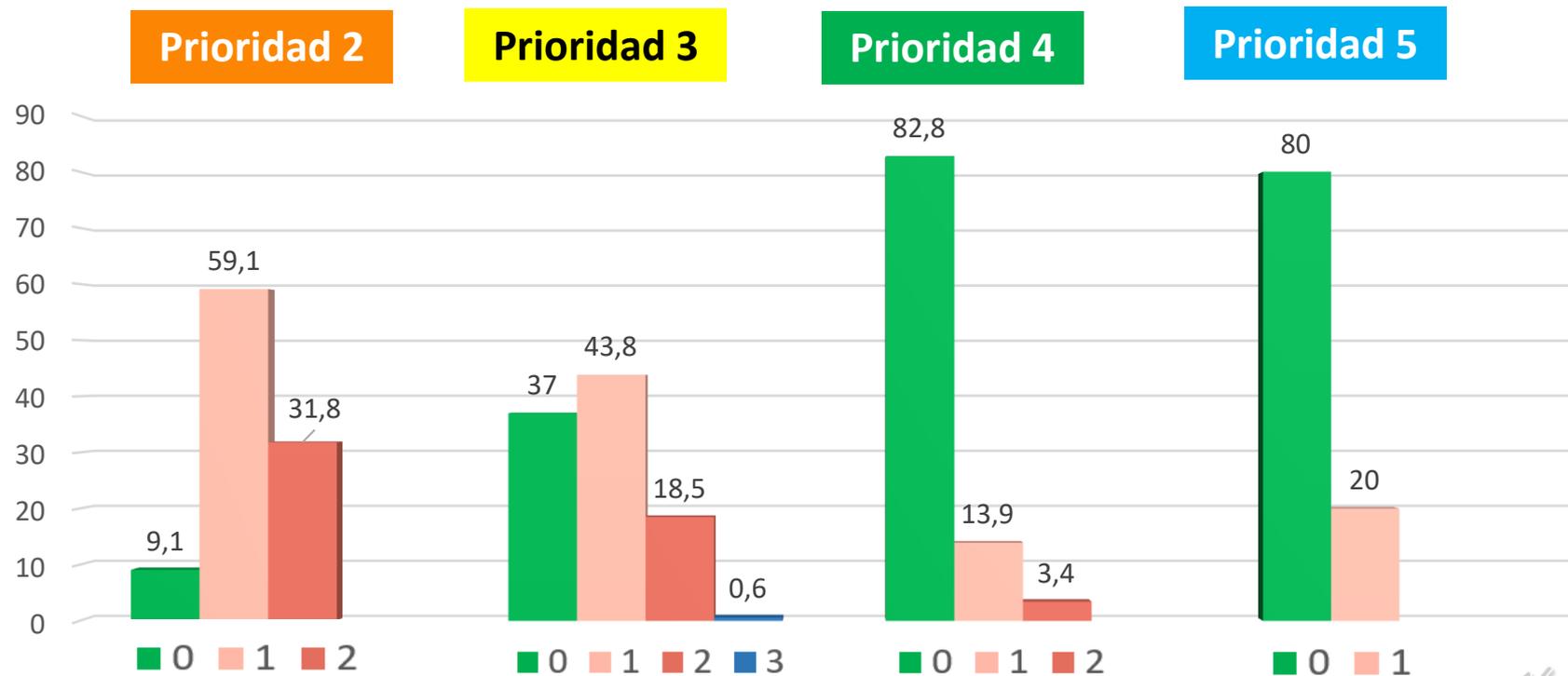
$P(Kw) = 0,000$



Nº de tratamientos por nivel de prioridad

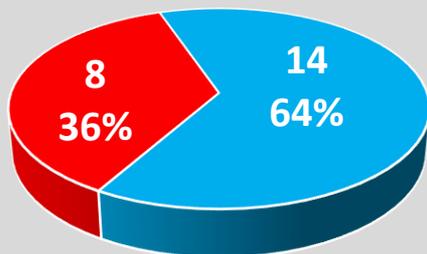
$R_{no} = -0,539$

$P(Kw) = 0,000$



Necesidad de ingreso por prioridades

Prioridad 2



■ SI ■ NO

Prioridad 3



■ SI ■ NO

Prioridad 4



■ SI ■ NO

Prioridad 5



■ SI ■ NO

P=0,000



Limitaciones



- La elección de la muestra no fue por muestreo probabilístico.
- No fue ciego para los enfermeros que realizaban triage - efecto Hawthorne.
- Estudio unicéntrico.



Conclusiones

El sistema de triage pediátrico **TRIPED-GM** es válido para su utilización en servicios de urgencias con pacientes de similares características.





iii Muchas gracias!!!

