

Tema | *Triage hospitalario*

Módulo | *Los servicios de urgencias hospitalarias*

Raúl Sánchez Bermejo

INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han producido cambios importantes en los últimos años. Estos cambios se han extendido a la comunidad, al paciente, al hospital y a los profesionales dedicados al cuidado de la salud.

El triaje ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como la clasificación de los pacientes en grupos prioritarios, de acuerdo a sus necesidades y a los recursos disponibles, siendo un elemento clave en los servicios de urgencias.

El triaje es un proceso fundamental e imprescindible para el uso seguro y eficiente de un servicio de urgencias, estratificando los pacientes en función del nivel de urgencias que presenta. La presencia simultánea de un número indeterminado de pacientes que demanda asistencia médica urgente, plantea grandes dificultades organizativas para adecuar la oferta a la demanda.

El triaje es una parte integral en los servicios de urgencias. La precisión de la escala de triaje en la predicción de la urgencia es esencial. El triaje es una toma de decisión grave, basada en una información incompleta, ejecutado en un medio hostil y bajo presión emocional, cuyas características se basan en que ha de ser personalizado, dinámico, permanente, adaptado y socialmente aceptado.

Nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. El sistema de triaje debería dar información válida para la correcta ubicación inmediata de cada paciente, en base a su nivel de urgencia y su complejidad, promoviendo de este modo la equidad en la asistencia a los pacientes urgentes.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha propuesto en el marco de los procesos de acreditación de los servicios de urgencias la necesidad de disponer de un sistema de triaje o clasificación normalizado y universalizado para todos los servicios de urgencias y emergencias de España.

El triaje estructurado es un proceso, no un espacio. Este proceso comportará una serie de adaptaciones en los SUH, tanto a nivel físico, como humano y de organización. Este proceso se inicia con el primer contacto del paciente y sus acompañantes con el SUH y finaliza cuando el paciente es asistido por el equipo asistencial adecuado a su caso.

Contenido

Introducción

El triaje hospitalario

Proceso de instauración de un sistema de triaje hospitalario

Bibliografía

Antecedentes del triaje

El triaje ha evolucionado mucho desde que fuera utilizado por primera vez por el Barón Dominique-Jean Larrey en las guerras de Napoleón, pasando por diferentes sistemas tripolares o tetrapolares, hasta los sistemas de triaje actuales de cinco niveles de prioridad.

Podríamos hacer referencia a ilustres de la enfermería, que también intervinieron en la evolución del triaje, como fueron Florence Nightingale (1820-1910) en Florencia, en la guerra Crimea, y Clara Barton (1821-1912) en la Guerra civil Americana.

No se puede hablar de una descripción sistemática de triaje en los servicios de urgencias y emergencias hasta que E. Richard Weirman lo introdujo en Baltimore en 1964.

El triaje ha sido realizado formal o informalmente desde que se abrió el primer SUH y es una práctica inherente al trabajo en urgencias, pero la forma de realizarlo y la escala utilizada varía ampliamente en los diferentes SUH por todo el mundo e incluso dentro de cada país. En los SUH comenzó a utilizarse el triaje en los años sesenta en los hospitales de los EE.UU. (Haven Medical Center) y entre finales de los ochenta y principios de los noventa en España.

EL TRIAJE HOSPITALARIO

El triaje es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, cuyo fin último es garantizar la seguridad clínica del paciente ante una eventual espera a ser atendido. Su objetivo no es la disminución de los tiempos de espera, sino la mejora de la asistencia en dichos servicios.

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 visitado; es decir, mejorar su seguridad.

Lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. La urgencia viene condicionada por el tiempo hasta la atención definitiva mientras que la gravedad tiene más que ver con el pronóstico final. Una vez efectuada la valoración del paciente, la enfermera/o establece las prioridades asistenciales acordes con el nivel de URGENCIAS del mismo, según guías o algoritmos de actuación.

El triaje es un proceso crítico para la efectiva gestión de los SUH. Es un elemento fundamental, debido a los escasos y esenciales recursos y es un proceso continuo. El propósito principal es asegurarse de que el paciente recibe el nivel y la calidad de la atención, adecuada a las necesidades clínicas y que los recursos de los servicios se utilizan de forma eficiente, optimizando así los mismos.

Hablamos de triaje estructurado cuando cumple las premisas de fiabilidad, validez y utilidad, dentro del mismo podemos destacar algunos modelos que están evolucionando a partir de éste como son, el triaje avanzado.

Sistemas de triaje

Todos los sistemas de triaje se basan en la opinión de consenso de expertos. Los sistemas de triaje tienen que ser simples para que las enfermeras puedan evaluar rápidamente el paciente, con una gran variabilidad en los signos y síntomas en el ámbito de la atención de urgencias. Las reglas de predicción clínica tienen como objetivo aumentar la seguridad de la presencia o ausencia de una enfermedad en base a características generales, sobre los signos clínicos y síntomas, y con los resultados de las pruebas de diagnóstico adicionales. El sistema de triaje debe ser inequívoco y contener suficiente diversidad de diagramas de flujo y discriminadores para que coincida con el amplio espectro de pacientes que acuden a urgencias. El sistema de triaje ideal deberá tener una alta sensibilidad para identificar aquellos pacientes cuyo resultado es probable que empeore si no reciben atención inmediata y una buena especificidad.

La disponibilidad de un sistema de triaje es considerado como un indicador de calidad de riesgo-eficiencia para los servicios de urgencias hospitalarios y un instrumento fundamental para establecer su casuística. Un instrumento válido (asigna el nivel de prioridad a los pacientes que realmente están en ese nivel) y útil (relaciona el grado de urgencia con la gravedad real del paciente) para determinar el nivel de urgencia de los pacientes que acuden a un SUH.

Los sistemas con criterios claros sobre la racionalización de la atención, mejora la percepción de los usuarios del tiempo que han de esperar.

Los sistemas de asistencia al triaje, se basan para su clasificación, mediante algoritmos de actuación elaborados a partir de síntomas y signos más frecuentes. Son una herramienta rápida, simple y práctica para la evaluación de los pacientes, han

| Nivel de prioridad | MTS | CTAS-ATS | SET-MAT |
|----------------------|-------------|-------------|--|
| Crítico- Nivel I | Inmediato | Inmediato | (98%) Inmediato |
| Emergencia- Nivel II | 10 minutos | 15 minutos | (85%) Inmediato por enfermería/ 7 minutos médico |
| Urgencia- Nivel III | 60 minutos | 45 minutos | (80%) 15 minutos |
| Estándar- Nivel IV | 120 minutos | 120 minutos | (75%) 30 minutos |
| No urgente- Nivel V | 240 minutos | 240 minutos | (70%) 40 minutos |

Australian Triage Scale (ATS); Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS); Manchester Triage System (MTS); Model Andorrà de Triage (MAT); Sistema Español de Triage (SET)

(1*) Porcentaje de pacientes dentro de ese nivel de triaje que han de ser atendidos/visitados en el tiempo de atención/ asistencia establecido.

Tabla 1: Comparación de tiempos de actuación entre los diferentes sistemas de triaje con percentil de cumplimiento¹

sido desarrollados de acuerdo con un consenso de expertos y siguiendo protocolos y recomendaciones de actuación con evidencia científica. La existencia de una herramienta informatizada evita la subjetividad y potencia la retroalimentación interactiva, seguimiento continuo, junto con la eficacia clínica, la sensibilidad del sistema así como la flexibilidad aseguran el éxito de un sistema de estas características. Los sistemas de triaje ha de ser entornos dinámicos que permitan revisiones y modificaciones, han de ser sistemas “vivos”.

No existe un acuerdo universal en la escala de triaje más fiable y válida

Cuatro son los sistemas más conocidos internacionalmente:

- El Sistema de Triage Manchester (MTS)
- La Australasian Triage Scale (ATS)
- La Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)
- Índice de Severidad de emergencia (ESI)

A estos hemos de añadir el Sistema Español de Triage (SET)-Model Andorrà de Triage (MAT), que junto con el MTS son los de mayor difusión nacional. Todos ellos son instrumentos fiables y validados. Tanto MTS como el MAT-SET, son sistemas estructurados de 5 niveles de prioridad clínica. El MTS clasifica al paciente en 52 motivos posibles. Y el MAT-SET dispone de 613 motivos clínicos de consulta integrados en 32 categorías sintomáticas. Los tiempos máximos recomendados para la asistencia son similares en ambos.

Conviviendo con ellos existen otros sistemas utilizados en otros países como Medical Emergency Triage and Treatment System Adult (METTS-A) en Noruega, Gruppo Formazione Triage System en Italia, la Taiwan Triage Scale en China, la Cape Triage

Scale o South African Triage Scale en Sudafrica, Geneva Emergency Triage Scale en Ginebra, entre todos. Dentro del territorio nacional además coexisten sistemas de “ámbito local” como: Sistema Donostiarra de Triage (Donostia), Sistema de Triage Hospitalario de Navarra o el sistema de clasificación del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

Objetivos de un sistema estructurado de triaje

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida mediante un sistema de clasificación, válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia (disminuir su riesgo).
- Determinar el área de tratamiento más adecuada para los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o el centro hospitalario más adecuado para los pacientes atendidos por los Servicios de Emergencias
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los Servicios de Urgencias.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas.
- Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.

Niveles de triaje

- Nivel I: Resucitación: Se vincula a situaciones de parada o críticas, con riesgo vital inmediato

| LA CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA EN 5 NIVELES | | | | |
|--|-------------------------------------|----------|---------------|---|
| NIVEL | NOMBRE | COLOR | TIEMPO ESPERA | SITUACIONES |
| I | Crítico/Emergente | Rojo | 0 min. | At. inmediata por riesgo vital inmediato (PCR, shock, asfixia, grandes quemados,...) |
| II | Muy urgente | Naranja | 10 min. | Pac. con una emergencia en su estado de salud, inestabilidad o dolor muy intenso (HDA, fr. abierta, dolor torácico isquémico,...) |
| III | Urgente | Amarillo | 60 min. | Pac. con procesos agudos, no críticos, estables hemodinámicamente, pero con riesgo potencial (luxaciones, fr. cerrada, dolor lacerante,...) |
| IV | Normal/Poco urgente/Estándar | Verde | 120 min. | Pac. con procesos agudos, no críticos y estables (abscesos, trauma menor, dolor leve,...) |
| V | No urgente | Azul | 240 min. | Pac. con procesos agudos y/o crónicos banales (sd. miccional, contusiones, molestias oculares,...) |

Tabla 2

- Nivel II: Emergencia: Se adjudica a situaciones, de riesgo vital cuyo desenlace depende radicalmente del tiempo. Son de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica y/o dolor severo
- Nivel III: Urgencia: Situaciones de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas en pacientes con estabilidad fisiológica
- Nivel IV: Menos urgente: Situaciones potencialmente serias y de complejidad significativa, constituyéndose en estándares de la atención de urgencias hospitalarias y de alta frecuentación en los centros de atención primaria
- Nivel V: No urgente: En general problemas clínico-administrativos o problemas clínicos de baja complejidad que requieren escaso consumo de recursos diagnósticos y/o terapéuticos y que nos pueden permitir una espera de hasta 4 horas para ser atendidas sin riesgo para el paciente.

Todos los pacientes deben ser reevaluados por enfermería cuando los tiempos recomendados para la asistencia médica no pueden cumplirse.

- Nivel I: tienen que recibir continuamente cuidados de enfermería
- Nivel II: cada 15 minutos.
- Nivel III: cada 30 minutos.

- Nivel IV: cada 60 minutos.
- Nivel V: cada 120 minutos.

En ningún momento se ha de plantear un sistema de triaje en base a diagnósticos médicos, que son el resultado final de la asistencia en urgencias y no pueden ser nunca planteamientos de clasificación en el triaje. El Triaje no utiliza diagnósticos médicos sino síntomas y signos que se agrupan como motivos de consulta estandarizados.

La asignación del nivel de triaje está basada en la presentación más frecuente de un problema particular que se identifica como motivo de consulta.

La toma de decisiones viene determinada por los síntomas y signos del paciente y también por:

La experiencia e intuición del profesional: "Tiene aspecto de grave". La heurística del profesional será primordial.

Otras informaciones que nos pueden indicar el nivel de urgencia: Constantes vitales, escala de dolor, estado emocional, factores de riesgo y aplicación de escalas de gravedad.

- Podemos encontrar para un mismo motivo de consulta, diferentes niveles de triaje y diferentes diagnósticos.

- El nivel de triaje para un motivo de consulta cambiará según la intensidad de los síntomas o por la presencia de signos y/o síntomas asociados.

Ha de valorarse que el estado del paciente puede evolucionar durante el tiempo de espera en urgencias y que puede haber dificultades para diferenciar claramente los pacientes de niveles IV y V.

Los sistemas informáticos de clasificación de pacientes son herramientas útiles para manejar de manera eficaz los cambios en los niveles de triaje.

Con la implantación del triaje estructurado, la gestión de la asignación de los diferentes niveles de triaje será más objetiva y estará sometida a menos discusión y variabilidad interobservador (mayor fiabilidad).

Proceso de triaje

El triaje ha de ser un proceso simple para garantizar el flujo de pacientes y disminuir la espera del primer contacto. En algunas ocasiones puede ser necesario limitar el encuentro inicial a una evaluación rápida, de 2 minutos como máximo.

Todos los pacientes han de ser evaluados (como mínimo visualmente) en un tiempo de 10 minutos después de su llegada a la recepción de urgencias.

No hay que hacer una evolución completa de un paciente en el área de triaje, aunque no haya ningún paciente más para evaluar. Solo se tiene que recoger la información necesaria para asignar un nivel de triaje.

- La asignación del nivel de triaje puede modificarse al realizar una evaluación más completa o por cambios de los signos y síntomas.
- Se han de anotar, la elección del nivel inicial y todas las modificaciones de nivel de triaje.
- Todos los pacientes a los que se les ha asignado un nivel I, II o III se han de acompañar al área de observación (zona controlada y vigilada por personal sanitario), donde inmediatamente se les realizará una evaluación más completa por parte de la enfermera asignada.

Fases del proceso de triaje

- 1 Acogida
- 2 Valoración clínica
- 3 Despedida.

Acogida

- Informar a la familia del objetivo de la visita
- Iniciar anamnesis con una pregunta abierta: “¿Qué le pasa?” “¿Cuál es el problema?”.
- Primera impresión:
 - ¿Cómo viene el paciente?
 - ¿Cómo viene la familia? Percibir grado de ansiedad y tolerancia.
- Valorar necesidades inmediatas.

Valoración clínica

- Sistemática
 - No se ha de olvidar nada
- Flexible
 - Impresión general.
 - Anamnesis. A la hora de realizar la anamnesis es importante seguir unas pautas en cuanto a la entrevista al paciente, algunas de las que podemos resalta son:
 - a. Es esencial que la enfermera de triaje adopte una actitud abierta y empática para todos los pacientes, y que no exprese juicios negativos.
 - b. Las preguntas abiertas pueden ayudar a revelar las emociones y percepciones del paciente. En general, las preguntas iniciales han de ser de este tipo (Evaluación subjetiva).
 - c. Las preguntas cerradas (donde la respuesta es sí o no) son útiles para precisar hechos, y validar la información obtenida (evaluación objetiva). Como: características de los síntomas (inicio, frecuencia, intensidad...), tiempo de evolución, antecedentes relacionados, visitas y diagnósticos previos, tratamientos recibidos.
 - d. Hemos de recordar que el objetivo de la entrevista de triaje es recoger suficiente información para dar un juicio clínico del grado de prioridad de las atenciones y no realizar un diagnóstico médico.
 - e. Diversos factores pueden influir en la calidad de la comunicación en el triaje: idioma, edad, intensidad del dolor, problemas auditivos, capacidad mental. La comunicación no verbal es igualmente una importante fuente de información.
 - f. Es importante escuchar lo que nos dice el paciente y prestar atención a aquellas preguntas a las cuales parece poco dispuesto o incapaz de responder. Podemos descubrir un estridor, tos, una respiración dificultosa, etc.



g. Los profesionales que trabajan en triaje desarrollan técnicas de entrevista que conjugan su propio estilo de comunicación, el de los usuarios y el del entorno.

- Exploración.

NO es una exploración completa, es una exploración dirigida a lo que nos interesa según los síntomas y el motivo de consulta, pero siempre hay que valorar:

- » El estado general.
- » El nivel de conciencia.
- » La situación respiratoria.
- » La situación circulatoria.

La entrevista de triaje comprende una evaluación física completa, sobre todo por observación. La evaluación física debe ser rápida, concisa y dirigida.

Para un triaje eficaz se han de utilizar varios sentidos: vista, oído, olfato y tacto. Algunos signos no verbales pueden ser importantes (gestos, cianosis, miedo, etc.).

- Se ha de tocar al paciente, notar el ritmo cardiaco, la temperatura de la piel, la presencia de diaforesis, etc.
- Se han de percibir los olores como el de la acetona, alcohol, o el que acompaña a ciertas infecciones.
- Los prejuicios pueden aumentar el riesgo de una asignación incorrecta de nivel de triaje, inferior al grado de prioridad necesaria.
- El aspecto o la actitud del paciente no se han de juzgar en la evaluación del nivel de triaje.
- Los pacientes difíciles, intoxicados, agresivos, precisan una aproximación específica.

- Toma de constantes.

En algunos pacientes puede ser razonable la evaluación de medidas objetivas como constantes vitales, en otros la evaluación de los signos vitales bastaría. Valoración subjetiva de los signos vitales:

- ¿Cómo respira el paciente?: rápido, lento superficial profundo, con ruidos
- ¿Qué aspecto tiene la piel?: rosada, pálida, caliente fría, seca, húmeda.
- ¿Qué pulso tiene el paciente?; rápido, lento, lleno débil, ausente
- ¿Qué estado y nivel de conciencia tiene el paciente? nivel de conciencia, colaborador, irritable agresivo, violento, tolerancia psicológica a la espera.

Se consideran constantes vitales alteradas en el adulto dos o más de las siguientes:

- Temperatura $< 35,5^{\circ} \text{C}$ o $> 40^{\circ} \text{C}$
- FC $< 40 \times'$ o $> 125 \times'$
- TAS < 90 o > 200 mmHg
- FR $< 10 \times'$ o $> 30 \times'$
- SpO₂ $< 92\%$
- Glucemia capilar < 40 mg/ dl
- Glasgow = 14
- NIHSS > 1

- Valoración del dolor: “Es aquello que cualquier persona que lo experimenta dice que es. Existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe”. M. McCaffery 1986.

Existen diferentes tipos de escalas para la valoración del dolor, tales como Escala de caras Wong-Baker (útil para los niños), escalas lineales...

Despedida

Informar a la familia.

- Tiempo de espera probable.
- Normas de reconsulta.

Registro de:

- Asignación de nivel de urgencia.
- Otros datos derivados del triaje.

Triaje avanzado

Los protocolos de triaje avanzado y las directrices médicas avanzadas son protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas, para procedimientos, tratamientos o intervenciones, que pueden ser aplicados por personal de enfermería de forma autónoma una vez clasificados los pacientes, bajo criterios estrictos y circunstancias específicas.

Los profesionales de triaje se consideran capacitados para realizar un triaje avanzado, incluso ir algún paso más allá, como puede ser un triaje de “alta resolución” donde enfermería, antes de que se produzca la “visita académica” por parte del facultativo, siguiendo protocolos consensuados podría iniciar el proceso asistencia, donde realizaría petición de pruebas diagnósticas básicas, actividades terapéuticas e incluso derivaciones a otros niveles asistenciales, esto permitiría reducir los tiempos medios de estancia en urgencias y aumentaría la satisfacción percibida por el paciente y familiares, puesto que de este modo sentirán que ya se encuentran dentro del proceso asistencial y no tendrán la sensación de “tiempo perdido en sala de espera”. Esta práctica o prácticas similares se vienen desarrollando en hospitales internacionales Inova Fairfax Hospital en Washington DC (USA) y Melbourne (Australia) y nacionales con grandes resultados. Además de la existencia de algunos estudios donde se demuestra que esos procedimientos se realizarían con posterioridad y consideran poco probable que estos influyan negativamente en el tiempo de tratamiento para el paciente.

Enfermería en triaje

Actualmente el personal de enfermería es el que con mayor frecuencia realiza esta función. Así se recoge en las recomendaciones de diferentes asociaciones científicas como Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencia (SEMES) y el Sistema Español de Triaje, Grupo Español de Triaje Manchester, Sociedad Española de Enfermería Urgencias (SEEU) artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto

1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de enfermería en España, el art. 59, puntos 4 y 9, del estatuto del personal sanitario no facultativo.

Por todo ello, enfermería tiene capacitación profesional suficiente para realizar las funciones de triaje.

Las funciones del personal de enfermería en triaje podríamos resumirlas en:

- 1 recepción del paciente,
- 2 valoración (inspección del estado general, toma de constantes, realización de EKG)
- 3 evaluación
- 4 información a pacientes y familiares,
- 5 asignación del facultativo y coordinación con el resto del personal.

Las funciones de la enfermería en triaje consisten, a través de la intervención Triaje (NIC 6364) en poder preservar la seguridad del paciente (NOC 3010) con el fin de detectar el riesgo (NOC 1908), optimizando así su calidad de vida (NOC 2000) mediante la vigilancia del riesgo (NANDA 0035) pudiendo de este modo tener elementos de juicio claves para asignarle el nivel de prioridad que en cada caso precisa, determinar el área de tratamiento más adecuada y una evaluación continua.

Se requiere la realización del triaje con información limitada con respecto al paciente y el proceso ocurre a menudo bajo presión de tiempo y en un ambiente estresante. Una decisión incorrecta tiene el potencial de afectar negativamente a la salud del paciente si un estado urgente/ grave se pasa por alto.

Algunos estudios han demostrado que las estrategias de enfermería en la toma de decisiones de triaje son complejas y no sólo el resultado de una evaluación basada en fundamentos profesionales, bien pensados y con datos relevantes para la asignación del nivel. La información contextual puede incurrir en sesgos de una manera que podría llevar a las enfermeras a no explorar correctamente las condiciones físicas de sus pacientes.

La experiencia es una característica esencial repetidamente identificada y esta experiencia clínica no necesariamente tiene que estar en el servicio de urgencias, la toma de decisiones en la incertidumbre y situaciones de emergencia, así como en el uso de la heurística entre las enfermeras con diferentes niveles de experiencia. La heurística se describe como estrategias para hacer inferencias que son

influenciada por las experiencias pasadas. La experiencia y el uso de la intuición son un tema con gran peso en la toma de decisiones.

Como hemos dicho, todo profesional de enfermería tiene capacitación profesional para realizar las funciones de Triage, pero se recomienda un perfil profesional para que éste sea de alta calidad, así el perfil idóneo sería:

- Se estima que la experiencia mínima requerida por un profesional para hacer triaje sin ayuda es de 12 meses en un SUH.
- El proceso de triaje debe ser realizado por personal con experiencia y juicio clínico y con capacidad de tomar decisiones y gestionar situaciones difíciles.
- Capacidad de comunicación: con el paciente, la familia, otros profesionales.
- Empatía, tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción.
- Capacidades organizadoras: listas de espera, quejas, etc.
- Capacidad de reconocer al que está realmente enfermo: experiencia, formación y juicio clínico.

Algunos autores han encontrado que el estado emocional, el malestar psicossomático y la falta de satisfacción llevan a un sesgo en la toma de decisiones. Así como que el uso de directrices, procedimientos de trabajo tienen un efecto positivo sobre la satisfacción laboral y el compromiso en el trabajo.

El trabajo en equipo es un aspecto fundamental en los servicios de urgencias, y más si cabe para el profesional que se encuentra en triaje, puesto que cada miembro del equipo aporta conocimientos, habilidades, actitudes, valores y motivaciones. El modo en que estos se relacionan entre sí influirá decisivamente en la consecución de los resultados esperados. Cuando todo ello sucede el equipo ha logrado lo que se denomina sinergia.

Históricamente en España, la función de triaje por parte del colectivo enfermero ha sido rechazada por los tribunales, en diferentes juicios, en los que enfermería ha manifestado su oposición a realizar esta función. Esto contrasta con lo que ocurre a nivel internacional, donde esta competencia ha sido desde siempre del personal de enfermería.

Las funciones de triaje no conllevan un diagnóstico, sino una valoración de los signos y síntomas a los solos efectos de priorizar la atención del paciente. No se utilizan diagnósticos médicos, sino que únicamente se evalúan signos y síntomas en base a un protocolo fiable y validado.

La dimensión de cuidados en forma de recepción y acogida hacen del profesional de enfermería el personal óptimo para realizar esta función.

PROCESO DE INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE HOSPITALARIO

Debemos enumerar una serie de etapas para la mejor idoneidad en el funcionamiento de los sistemas de Triage, que se han de llevar a cabo antes de la implantación de cualquier sistema de Triage en un centro hospitalario, aunque podemos decir, que la realidad es muy diferente. Estas etapas serían:

- 1 | Etapa de estudio, donde es imprescindible la creación de una comisión de triaje. La Comisión de triaje ha de contar con el respaldo de los cargos directivos del centro y una de las misiones fundamentales será asesorar y establecer junto a la dirección del centro, el plan de comunicación. Sus funciones estarán encaminadas a realizar un estudio de viabilidad (si es necesario un sistema de triaje, cuál es el más idóneo, recursos humanos necesarios y formación específica, recursos materiales y estructurales...) adoptar y plantear el plan específico de implantación y el seguimiento de su implementación. Determinar la utilización de protocolos de actuación claros y consensuados con el personal.
- 2 | Etapa de aprobación, donde se creará un proyecto con todos los pormenores de la implantación, acorde a la idiosincrasia del servicio y de los posibles sistemas a implantar.
- 3 | Etapa de adaptación.
- 4 | Etapa de cambios estructurales; estableciendo el área de Triage así como los recursos materiales y humanos necesarios.
- 5 | Y etapa de formación e implantación. La formación es un pilar fundamental en la implantación de cualquier sistema de Triage. Esta ha de ser adaptada a las necesidades del centro, teniendo en cuenta que debe ser impartida por instructores de sistema.

Claves del Triage

Se ha de establecer una dinámica de grupo dentro del Servicio:

- Todo el mundo tiene que creer en el triaje.
- Todo el mundo tiene que respetar el criterio del profesional que hace el triaje (enfermería).

- Tiene que existir un soporte total del profesional que hace triaje por parte de la jerarquía del servicio.

BIBLIOGRAFÍA¹

1. Ageing AGD of H and. Emergency Triage Education Kit [Internet]. Australian Government Department of Health and Ageing; [cited 2014 Apr 17]. Available from: <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/casemix-ED-Triage+Review+Fact+Sheet+Documents>
2. Álvarez-Baza MDC. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*. 2001;11(5):230–8.
3. Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2005 Aug;28(2):177–88.
4. Bruijns SR, Wallis LA, Burch VC. A prospective evaluation of the Cape triage score in the emergency department of an urban public hospital in South Africa. *Emergency Medicine Journal*. 2008;25(7):398–402.
5. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM*. 2008;10(2):136–51.
6. Canadian Triage Y Acuity Scale (CTAS) | CAEP [Internet]. [cited 2014 Apr 17]. Available from: <http://caep.ca/resources/ctas#guidelines>
7. Chi C-H, Huang C-M. Comparison of the Emergency Severity Index (ESI) and the Taiwan Triage System in predicting resource utilization. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2006;105(8):617–25.
8. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2010;107(50):892.
9. Development WHOD of C and AH and. Emergency triage assessment and treatment (ETAT). Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU) [Internet]. 2005 [cited 2014 May 4]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43386>
10. Documentos técnicos - Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_ges_cal_PlanAndUrgEmerg2&file=/contenidos/gestioncalidad/PlanAndUrgenciasEmergencias/Plan_Func_Urgencias_SCCU/Indice.htm
11. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*. 2010 Feb 1;27(2):86–92.
12. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department [Internet]. 4th ed. Rockville: AHRQ Publication; [cited 2014 Apr 9]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/index.html>
13. Gomez Jimenez J, Torres Trillo M, Lopez Pérez J, Jimenez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Edicomplet; 2004. 127 p.
14. Gómez-Jiménez J, Segarra-Ramón X, Prat-Margarit J, Ferrando-Garrigós J, Cortés EA, Borrás-Ferré M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias*. 2003;15:339–44.
15. Gómez-Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165–74.
16. Gómez-Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006;18(3):156–64.
17. Hegazy SM, Lamiaa A, El-Sayed TYA. Avoiding pitfalls in trauma triage: effect of nursing staff development. *Life Sci J*. 2012;9(1):1006–14.
18. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency Triage*. Wiley; 2006. 193 p.
19. Martín-Sánchez FJ, González del Castillo J, Zamorano J, Candel FJ, González-Armengol JJ, Villarroel P, et al. El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. *Emergencias*. 2008;20:41–7.
20. Moll HA. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. *Journal of clinical epidemiology*. 2010;63(4):384–8.
21. Morales Asencio JM, Muñoz Ronda FJ. Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación, e intervención sanitaria inicial de pacientes en Urgencias: resultados y conclusiones (II). [cited 2014 Apr 9]; Available from: http://tempusvitalis.es/TV_files/2003vol3num1/4especial31.pdf
22. Moreno-Millán E, Tejedor-Fernández M, Torres-Murillo JM, García-Torrecillas JM, Cid-Cumplido M, Villegas-del Ojo J, et al. Economía y equidad

- en urgencias y emergencias Economics and equity in urgency and emergency care. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Suplemento 1):19.
23. Murray M, Bullard M, Grafstein E. Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale implementation guidelines. *Cjem*. 2004;6(6):421.
 24. Naumann S, Miles JA. Managing waiting patients' perceptions: the role of process control. *Journal of Management in Medicine*. 2001;15(5):376-86.
 25. Ng C-J, Hsu K-H, Kuan J-T, Chiu T-F, Chen W-K, Lin H-J, et al. Comparison Between Canadian Triage and Acuity Scale and Taiwan Triage System in Emergency Departments. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010 Nov;109(11):828-37.
 26. Organization WH. Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU). Emergency triage assessment and treatment (ETAT) [Internet]. 2010 [cited 2014 May 4]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44283>
 27. Puigblanqué E, Noheras M, Nogueras M, Perapoch N. El triaje en el servicio de urgencias. *Enfermería Clínica*. 2008 Jan;18(1):3-4.
 28. Reay G, Rankin JA. The application of theory to triage decision-making. *International emergency nursing*. 2013;21(2):97-102.
 29. Retezar R, Bessman E, Ding R, Zeger SL, McCarthy ML. The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time. *Annals of emergency medicine*. 2011;57(2):89-99.
 30. Rutschmann OT, Kossovsky M, Geissbühler A, Perneger TV, Vermeulen B, Simon J, et al. Interactive triage simulator revealed important variability in both process and outcome of emergency triage. *Journal of clinical epidemiology*. 2006;59(6):615-21.
 31. Salmerón JM, Jiménez L, Miró-Andreu O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el "traje" del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al "Triage" del Sistema Español de "Triage". *Emergencias*. 2011;23(5):346-55.
 32. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*. 2008;20:48-53.
 33. Sánchez-Bermejo R, Cortés-Fadrique C, Rincón-Fraile B, Fernández-Centeno E, Peña-Cueva S, Heras-Castro EMD las. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25(1):66-70.
 34. Sentencia de lo contencioso administrativo no 1 de Zaragoza. *Procedimiento abreviado no 26/2006*. Sentencia numero 59/2007.
 35. Smith A. Using a theory to understand triage decision making. *International emergency nursing*. 2013;21(2):113-7.
 36. Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Suplemento 1):55.
 37. Soremekun OA, Datner EM, Banh S, Becker LB, Pines JM. Utility of point-of-care testing in ED triage. *The American journal of emergency medicine*. 2013;31(2):291-6.
 38. Triage GF. *Triage enfermerístico*. McGraw-Hill Companies; 2010. 471 p.
 39. Twomey M, Wallis LA, Thompson ML, Myers JE. The South African triage scale (adult version) provides valid acuity ratings when used by doctors and enrolled nursing assistants. *African Journal of Emergency Medicine*. 2012 Mar;2(1):3-12.
 40. Vance J, Sprivulis P. Triage nurses validly and reliably estimate emergency department patient complexity. *Emergency Medicine Australasia*. 2005 Aug;17(4):382-6.
 41. Vatnøy TK, Fossum M, Smith N, Slettebø \ AAshild. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International emergency nursing*. 2013;21(2):89-96.