

*Triage estructurado en servicios de emergencia: percepción y conocimiento del personal asistencial en un hospital de referencia.*

*Structured triage in emergency services: perception and knowledge of healthcare personnel in a referral hospital.*

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0321>

**Pierina Yenislei Carrillo-Fleitas<sup>1\*</sup>**

<https://orcid.org/0009-0009-6087-6796>

[Pierinayenisley@gmail.com](mailto:Pierinayenisley@gmail.com)

Recibido: 15/12/2025

Aceptado: 19/02/2026

## RESUMEN

**Introducción:** El triaje estructurado es fundamental en los servicios de emergencia para clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición, optimizar la atención y reducir riesgos clínicos. Su correcta aplicación depende del nivel de conocimiento del personal de salud. **Objetivo:** Indagar el nivel de conocimiento del personal asistencial sobre los sistemas de triaje estructurado en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Central de Maracay, estado Aragua, Venezuela, durante el período comprendido entre abril y septiembre de 2019. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, de campo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 profesionales de la salud, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicó un cuestionario de 23 ítems, validado por expertos, sobre conocimientos en triaje estructurado y su aplicación clínica. **Resultados:** Los resultados evidenciaron que el 78% (n=39) de los participantes no posee formación en triaje estructurado, lo que representa un problema crítico en el servicio de emergencia, asociado al uso inadecuado del triaje y a la saturación de pacientes. Asimismo, se identificó un desconocimiento significativo de los sistemas de triaje estructurado utilizados a nivel internacional, donde el 82% (n=41) presentó un nivel de conocimiento regular para la clasificación de pacientes según la gravedad de su condición y los tiempos de espera requeridos. Esta situación incrementa el riesgo de complicaciones clínicas y afecta la calidad de la atención. **Conclusión:** El personal asistencial evaluado presenta un nivel limitado de conocimiento sobre los sistemas de triaje estructurado y sus criterios de aplicación, lo que dificulta la adecuada clasificación de los pacientes y la gestión eficiente de los tiempos de atención. Se recomienda fortalecer los programas de capacitación continua y la implementación de protocolos estandarizados de triaje, con el fin de mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema de salud.

**Palabras clave:** Triage Estructurado, Emergencia Hospitalaria, Conocimiento Clínico, Venezuela, Atención Priorizada.

1. Universidad Pedagógica Experimental Libertador/Hospital central de Maracay-Venezuela.

\* Autor de correspondencia: [Pierinayenisley@gmail.com](mailto:Pierinayenisley@gmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction:** Structured triage is a fundamental process in emergency services, aimed at classifying patients according to the severity of their condition, optimizing care delivery, and reducing clinical risks. Its effective implementation relies heavily on the level of knowledge and training of healthcare personnel. **Objective:** To assess the level of knowledge among healthcare personnel regarding structured triage systems in the adult emergency department of Hospital Central de Maracay, Aragua State, Venezuela, during the period from April to September 2019. **Materials and Methods:** A quantitative, descriptive, field-based, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 50 healthcare professionals selected through simple random sampling. A 23-item structured questionnaire, validated by expert judgment, was administered to assess knowledge of structured triage systems and their clinical application. **Results:** The findings revealed that 78% (n=39) of participants had no formal training in structured triage, representing a critical issue in emergency care, associated with improper triage use and patient overcrowding. Additionally, a significant lack of knowledge of internationally recognized triage systems was identified, with 82% (n=41) demonstrating a moderate level of knowledge in patient classification according to severity and waiting time prioritization. This situation increases the risk of clinical complications and negatively impacts the quality of care. **Conclusion:** The evaluated healthcare personnel demonstrated limited knowledge of structured triage systems and their application criteria, which hinders appropriate patient classification and efficient time management. Strengthening continuous training programs and implementing standardized triage protocols are recommended to improve patient safety and healthcare system efficiency.

**Keywords:** structured triage, hospital emergency, clinical knowledge, Venezuela, prioritized care.

## INTRODUCCIÓN

El incremento acaecido en los últimos años en el servicio de emergencia de los hospitales ha planteado la necesidad de establecer un sistema de clasificación que determinen a quién o a qué tipo de pacientes se debe dar ayuda prioritaria, privilegiando la capacidad de supervivencia de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. En este sentido, en la mayoría de los hospitales a nivel mundial, se ha visto en la necesidad de plantearse la disyuntiva en cuanto a la selección de los pacientes (1).

En lo que respecta, este proceso es conocido con el nombre de triaje, el cual intenta evitar el retraso en la atención de aquellos pacientes que pueden empeorar su pronóstico por la demora en la asistencia sanitaria urgente, es decir, prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones. Así pues, El término triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificarla. Es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. 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 utilización de recursos. (2)

Por lo tanto, el triaje estructurado es aquel que se lleva a cabo a partir de escalas validas, útiles, relevantes y reproducibles que permitan la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia, priorizando su asistencia según estos niveles. (2) De este modo, es un proceso dinámico que comienza cuando el paciente llega al servicio de emergencia del hospital y finaliza cuando recibe una valoración completa por un médico (3).

La OMS en el Manual para la implementación de un Sistema de Triage para los Cuartos de Urgencia 2010 define que los sistemas de salud se caracterizan por una serie de valores, principios y elementos fundamentales que la identifican. la estructuración del triaje en los cuartos de urgencias, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobrecarga de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. Por otra parte, el análisis de los tiempos de espera según el nivel de triaje proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un cuarto de urgencias en un momento dado. (2,3).

En la actualidad a nivel mundial, los sistemas de triaje estructurado basados en cinco niveles son los que han conseguido mayor grado de evidencia científica respecto a su utilidad, validez y reproductibilidad. Estos sistemas que se están intentando aplicar progresivamente en los servicios de emergencias se caracterizan sobre todo por su capacidad para relacionar los niveles de priorización con otros aspectos asistenciales a veces olvidados como son, por ejemplo, la duración de la estancia de los pacientes en la emergencia, el índice de ingreso hospitalario y el consumo de recursos complementarios diagnósticos, importantes todos ellos en la gestión de los servicios (17).

En Cataluña, se publicó los resultados de una encuesta sobre la actividad asistencial y los recursos disponibles, y al comparar los resultados obtenidos en dichos períodos se observó lo que se suponía: un notable incremento de la demanda de asistencia urgente, una falta de especialistas con habilidades de evaluación para atender las urgencias en el ámbito extrahospitalario y una escasa organización en los centros donde se presta



asistencia urgente (4). Sobre este particular en Estados Unidos (5) y México (6), se han hecho estudios relevantes sobre la situación de los servicios de urgencias en donde el denominador común de las conclusiones de estos estudios es que existen oportunidades de mejora en la estructura y organización de los servicios de urgencias a todos los niveles. Además, de los problemas de organización, la saturación en los servicios de emergencia es un aspecto preocupante debido al aumento de su utilización, sobre todo porque se presentan casos que pueden ser atendidos en otros niveles del sector salud, esto provoca una distribución inequitativa de los recursos que se invierten en situaciones que no son de urgencia.

En Guayaquil – Ecuador, donde la saturación de los servicios de urgencia es un problema que afecta a decenas de pacientes cada día debido a diversos factores, los cuales no están controlados por los médicos de urgencia, pero se asocian directamente a un descenso de la mayoría de los indicadores de calidad de los servicios que ofrecen (7). En la normativa 2014 indica que se debe utilizar el triaje de 5 niveles de clasificación o prioridad de atención donde se hace referencia a una atención integral y presenta listados de condiciones por nivel de atención. (7). En el 2008 el Hospital de Navarra implanta un sistema de clasificación con 46 motivos de consulta, un sistema informático que permite obtener indicadores de calidad, mediante capacitación al personal médico y de enfermería y basado en 5 niveles de clasificación, ya para el 2010 este sistema se convirtió en el referente de identidad del servicio de emergencia que permite valorar y mejorar el funcionamiento de dicho servicio por lo que recomienda que esta herramienta se implemente en servicios que se requiere atención oportuna y debe ir de la mano de la tecnología. (24).

Considerando lo antes planteado, se ve incrementado el número de pacientes los cuales esperan ser atendidos, el tiempo de espera para el inicio de la asistencia otorgada y el tiempo de actuación del médico y personal de enfermería, provocando un alto riesgo de peores resultados clínicos, los cuales conducen a la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario, ocasionando deterioros en la dignidad, comodidad y confidencialidad. Por consiguiente, la implementación del triaje estructurado en los servicios de emergencias, es una pieza fundamental para conseguir dichas mejoras, debido a que de su utilización se desprenden más funciones organizativas que la mera clasificación de los pacientes.

En estos casos, es necesario utilizar el triaje estructurado, que consiste en la utilización de una escala de clasificación de cinco categorías los cuales cumplen con tres criterios: validez, reproductividad y utilidad, llevado a cabo por médicos y personal de enfermería entrenados para ello, en un lugar físico y equipado tecnológicamente para brindar un servicio de urgencia, que a su vez está en continuo mejoramiento y evaluación según los indicadores de calidad (8). Actualmente, existen cinco escalas de triaje estructurado reconocidas, todas ellas en armonía con las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia, y donde cada país los adapta a las características de sus respectivos territorios. La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) 1995, utilizando la NTS como referente) (9,10). El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996) (11,12). El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index© 5 level triage: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en E.E.U.U. en 1999) (13). El Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de triatge: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina de 'Urgència (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente. (14)

En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje (15,16). En consecuencia, en aquellos servicios de emergencia donde se implementa el triaje estructurado o de 5 niveles, este se convierte en gran medida en una herramienta valiosa para asistir a los pacientes que acuden al hospital.

Atendiendo estas consideraciones, se hace necesario plantear soluciones al problema, ya que con el enfermo que acude a la emergencia, hay que tomar decisiones rápidas. No obstante, con frecuencia hay que limitarse a mantener al paciente con vida y, muchas veces sólo se llega a un diagnóstico sindrómico y manejo sintomático.

En este contexto, en Venezuela, los triajes suelen ser salas donde un médico general evalúa a los pacientes y decide su ubicación o derivación, siendo generalmente residentes de los primeros años, por lo que se hace necesario unificar conductas diagnósticas según

protocolos de atención. En el caso del Hospital Universitario Luís Razetti de Barcelona, existe una sala de triaje donde la clasificación se realiza por especialidad médica. En el Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social César Rodríguez de Puerto la Cruz los pacientes, al igual que en la Clínica Popular Jesús de Nazareth de la misma ciudad, son atendidos según el orden de llegada (25)

En el Estado Aragua, la mayoría de los establecimientos como: clínicas, centros asistenciales dependientes del instituto venezolano de los seguros sociales y hospitales, el recibimiento de los pacientes está a cargo de médicos generales, quienes se comunican con los especialistas cuando consideran que un paciente requiere la intervención y/o evaluación especializada. Es oportuno mencionar, que los pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Servicio Autónomo Docente Hospital Central de Maracay, Estado Aragua, son atendidos según el orden de llegada, salvo casos excepcionales cuando llegan pacientes de vital gravedad, como personas agraviadas por accidentes automovilísticos, por heridas de armas de fuego o armas blancas, y aquellas que el personal profesional de medicina presente crea tenga prioridad.

Por ello, es fundamental seleccionar el orden de atención de los enfermos según su gravedad, por lo que es prioridad establecer un sistema de triaje estructurado al momento de solicitar atención médica, enfocándose en los conceptos de atención de emergencia o de urgencia de acuerdo con el nivel de gravedad detectado, y a la escala que mejor se adapte a las condiciones actuales del Hospital Central de Maracay. En tal sentido se establece en este estudio como objetivo general Indagar el nivel de conocimiento del personal asistencial sobre los sistemas de triaje estructurado en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Central de Maracay, estado Aragua, Venezuela, durante el período comprendido entre abril y septiembre de 2019.

Por lo antes expuesto fue necesario: caracterizar las variables sociodemográficas del personal asistencial adscrito al servicio de emergencia de adultos. Describir el nivel de conocimiento del personal asistencial en relación con los principales sistemas de Triaje estructurado utilizados a nivel internacional. Examinar los criterios aplicados en el proceso de Triaje actual dentro del servicio de emergencia de adultos, considerando la categorización de pacientes, tiempos de espera y reevaluación clínica.

## MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño observacional, descriptivo, de corte transversal, sustentado en el paradigma positivista. Se enmarca en el área de Emergencias Médicas y responde a la línea de investigación sobre Organización del Triage Hospitalario. El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay, estado Aragua, Venezuela, durante el período comprendido entre abril y septiembre de 2019.

La población estuvo conformada por 100 profesionales de la salud, entre médicos y enfermeros, adscritos al servicio de emergencia. La muestra correspondió al 50% de esta población, seleccionada mediante muestreo aleatorio simple con un intervalo de confianza del 80%, calculado a través del software estadístico OpenEpi versión 3.0. El tamaño muestral final fue de 50 participantes, distribuidos en 22 médicos y 28 profesionales de enfermería.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado compuesto por 23 ítems, predominantemente de tipo dicotómico (Sí/No). El instrumento se organizó en tres secciones: la primera abordó variables sociodemográficas como edad, sexo, profesión y años de ejercicio; la segunda evaluó el nivel de conocimiento sobre sistemas de triaje estructurado; y la tercera exploró los criterios operativos aplicados en el triaje actual. La validación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, con la participación de tres profesionales especialistas en medicina de emergencia y desastres, quienes evaluaron la pertinencia, coherencia y redacción de los ítems, lo que permitió consolidar el instrumento definitivo.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas, conocimiento sobre sistemas internacionales de triaje (ATS, CTAS, MTS, ESI, MAT-SET), formación previa, criterios clínicos aplicados, categorización de pacientes, tiempos de espera, reevaluación y disponibilidad de insumos. Para interpretar el nivel de conocimiento, se estableció una escala porcentual: excelente (94–100%), bueno (84–93%), regular (74–83%) y deficiente (<73%).

El procedimiento de investigación se desarrolló en cinco fases: primero, se gestionó la planificación institucional y la coordinación con el jefe de servicio; luego se realizó la selección muestral mediante el registro de nómina; posteriormente se aplicó el instrumento de forma presencial y autoadministrada, respetando los turnos laborales;



seguidamente se codificaron y registraron los datos en una base de Microsoft Excel con doble verificación; y finalmente se ejecutó un control de calidad para revisar la consistencia interna y la completitud de las respuestas.

El análisis estadístico se efectuó utilizando el software Epi Info versión 7.2.3.1.17 Se aplicaron estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones estándar, y se realizaron pruebas de asociación mediante Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia de  $p \leq 0,05$ . Los resultados fueron organizados en tablas para facilitar su interpretación y discusión.

## RESULTADOS

De los 50 profesionales que participaron en el estudio, la mayoría  $n= 39$  (62%) era del sexo femenino, y de ellos el  $n=28$  (56%) son enfermeras. La edad prevalecida de los participantes está comprendida entre los 25 y 30 años  $n=21$  (42%), con un rango de experiencia en el servicio de 5 a 9 años  $n=22$  (44%). (Tabla 1)

**Tabla 1**

Características sociodemográficas (edad, sexo, profesión, años de servicio) del personal profesional adscrito a la emergencia de adultos del Hospital Central de Maracay. Aragua. Venezuela de abril septiembre 2019

Variable	Frecuencia	%	IC95%*
<b>Edad</b> ( $\bar{X} \pm DE$ ) $33,2 \pm 7,5$			
<b>Edad categorías</b>			
< 25 años	4	8	2,2 - 19,2
25 a 30 años	21	42	28,1 - 56,7
31 a 35 años	11	22	11,5 - 35,9
36 a 45 años	10	20	10,0 - 33,7
> 45 años	4	8	2,2 - 19,2
<b>Sexo</b>			
Femenino	31	62	41,1 - 75,3
Masculino	19	38	24,6 - 52,8
<b>Profesión</b>			
Enfermera	28	56	41,2 - 70,0
Médico	22	44	29,9 - 58,7
<b>Años de servicio</b>			
<5 años	10	20	10,0 - 33,7
5 a 9 años	22	44	29,9 - 58,7
10 a 14 años	11	22	11,5 - 31,9
15 y más años	7	14	5,8 - 26,7

IC95%= Intervalo de confianza al 95% de probabilidad

En cuanto al conocimiento de los tipos de triaje estructurados existentes el  $n=39$  (78%) de los profesionales no tienen formación en el mismo, el  $n=41$  (82%) de los participantes desconoce el sistema de triaje Canadiense, Índice de Severidad y Español (MAT SET).



Con los resultados obtenidos en la tabla 2 se realizó escala con criterios basados en el porcentaje dado en las respuestas del cuestionario referentes al triaje estructurado. Se evidenció que el n=39(78%) de los encuestados no tiene formación del triaje estructurado contra un n=11(22%) que refirieron tener formación en este tipo de triaje por lo que el nivel de conocimiento por parte del personal profesional de la emergencia de adultos es Deficiente debido a la poca información y manejo de los sistemas de triaje estructurados a nivel mundial. (Tabla 2)

**Tabla 2.**

Nivel de conocimiento en cuanto a los tipos de triaje estructurado existentes del personal profesional adscrito a la emergencia de adultos del Hospital Central de Maracay. Aragua. Venezuela en abril septiembre 2019.

Variables	Frecuencia	%	IC95%*
<b>Recibe pacientes</b>			
No	13	26	14,6 - 40,3
Si	37	74	59,6 - 85,3
<b>Realiza diagnóstico previo</b>			
No	10	20	9,8 - 43,5
Si	40	80	64,6 - 88,7
<b>Conoce objetivos triaje estructurado</b>			
No	20	40	26,4 - 54,8
Si	30	60	45,1 - 73,5
<b>Tiene formación triaje estructurado</b>			
No	39	78	60,0 - 88,4
Si	11	22	11,5 35,9
<b>Conoce sistema triaje (ATS)</b>			
No	39	78	60,0 - 88,4
Si	11	22	11,5 35,9
<b>Conoce sistema canadiense</b>			
No	41	82	65,5 - 91,4
Si	9	18	8,5 - 31,4
<b>Conoce sistema Manchester</b>			
No	38	76	61,8 - 86,9
Si	12	24	13,0 - 38,1
<b>Conoce índice de severidad (ESI)</b>			
No	41	82	65,5 - 91,4
Si	9	18	8,5 - 31,4
<b>Conoce sistema Español (MAT SET)</b>			
No	41	82	65,5 - 91,4
Si	9	18	8,5 - 31,4

IC95%= Intervalo de confianza al 95% de probabilidad



Con respecto a la aplicación de los criterios de triaje en la emergencia de adultos del hospital central de Maracay, se evidencio que n=41(82%) de los participantes recomendaron la aplicación de un sistema de triaje, n=36 (72%) considero que el mismo agiliza la atención de los pacientes. Un total de n=29 (58%) manifestó que no se realizó la atención por la prioridad de la patología de los pacientes y el n=39 (78%) refirió que no se realiza revaloración en los pacientes en la emergencia, así mismo n =43 (86%) manifestó necesario la capacitación del personal. (Tabla 3)

**Tabla 3.**

Criterios del triaje actual en la emergencia de adultos del Hospital Central de Maracay. Aragua. Venezuela. Abril septiembre 2019.

Variables	Frecuencia	%	IC95%*
<b>Atención por prioridad</b>			
No	29	58	43,2 - 71,8
Si	21	42	28,1 - 56,7
<b>Triaje garantiza categorización</b>			
No	8	16	7,1 - 29,1
Si	42	84	70,8 - 92,8
<b>Realiza reevaluaciones</b>			
No	39	78	60,0 - 88,4
Si	11	22	11,5 35,9
<b>Triaje agiliza atención</b>			
No	14	28	16,2 - 42,4
Si	36	72	57,5 - 83,7
<b>Capacitación en triaje estructurado</b>			
No	7	14	5,8 - 26,7
Si	43	86	73,2 - 94,1
<b>Plan para triaje estructurado</b>			
No	45	90	78,1 - 96,6
Si	5	10	3,3 - 21,8
<b>Recomendarías triaje estructurado</b>			
No	9	18	8,5 - 31,4
Si	41	82	65,5 - 91,4
<b>Reduce tiempo de espera atención</b>			
No	11	22	11,5 35,9
Si	39	78	60,0 - 88,4
<b>Se cuenta con insumos para aplicar él TE</b>			
No	21	42	28,1 56,7
Si	29	58	43,2 - 71,8
<b>Se cuenta con capacitación para implementar él TE</b>			
No	37	74	59,6 - 85,3
Si	13	26	14,6 - 40,3

IC95%= Intervalo de confianza al95% de probabilidad

## DISCUSIÓN

Basado en la investigación realizada en la emergencia de adultos del servicio autónomo docente del Hospital Central de Maracay, el investigador evidencia una correlación con los trabajos realizados por Luaces Cubells C(4), Subash F(5) Medina, Chezzi, et al(6) Bastidas C, Carvajal E.(7) Gallardo, e.; garcia, m.:(25) en la necesidad imperiosa de capacitación e implementación de un sistema de triaje estructurado a 5 niveles debido a que el número de personas que solicitan atención en materia de salud en los servicios de emergencia exceden la capacidad de los centros asistenciales. Por ende el mencionado sistema contempla dentro de sus protocolos la reevaluación y vigilancia de los pacientes clasificados previamente mientras estos aguardan por el tratamiento médico definitivo a la vez que garantiza la atención inmediata para aquellos pacientes con mayor grado de urgencia según su patología. Bajo los lineamientos de la OMS/OPS en cuanto a los sistemas de triaje estructurados para las áreas de emergencia a nivel mundial.

Basado en la evidencia el  $n=22(44\%)$  de los encuestados tienen entre 5 a 9 años de experiencia laboral, el  $n=21(42\%)$  tienen edades comprendidas entre 25 y 30 años lo que nos refiere una población relativamente joven donde el 78% no tienen una formación específica en Triaje estructurado, lo cual puede acarrear consecuencias negativas en el manejo de los pacientes. A lo que hace mención varios autores como Soler W y Aranguren E considerando fundamental la necesidad de un perfil específico para llevar a cabo un triaje de calidad quienes consideraron que es necesario tener una formación de triaje estructurado para mejor atención del paciente. (20, 21)

Asimismo, solo el  $n=11(22\%)$  de médicos y enfermeras perteneciente a la muestra, manifiestan conocimiento para clasificar al paciente de acuerdo a la gravedad de su patología y a los tiempos de espera. Los profesionales encargados deben saber a qué nivel le corresponde una serie de manifestaciones clínicas, a fin de catalogar a cada paciente según el grado de urgencia correspondiente, evidenciando correlación con Gómez-Jiménez J. De igual modo, el nivel de urgencia que se le asigne a un paciente tiene repercusión sobre las actuaciones posteriores, tanto el médico como la enfermera debe decidir el lugar más apropiado para la ubicación de los mismos, dichos profesionales deben ser cuidadosos al momento de asignar el nivel de urgencia para garantizar una intervención oportuna a cada paciente. (22) El  $n=47(74\%)$  del personal entrevistado manifestó que recibe al paciente al momento que ingresa a la emergencia y realiza el

diagnóstico previo, sin embargo, el  $n=39(78\%)$  de estos profesionales no tienen formación en el sistema de triaje estructurado y en consecuencia el  $n=41(80\%)$  de ellos desconoce la existencia de triaje tipo canadiense, (ESI) y español.

A pesar que los profesionales encuestados consideraron en  $n=36(72\%)$  que un sistema de triaje estructurado agiliza la atención de los pacientes y un  $n=41(82\%)$  recomendaron su aplicación en el área de emergencia. El  $n=39(78\%)$  de los mismo no realiza revaloraciones periódicas de los pacientes, en un  $n=29(58\%)$  no atiende por prioridad de patología y el  $n=45(90\%)$  de los participantes ignora la existencia de un plan de triaje estructurado. Lo que demuestra la falta de formación de los profesionales de salud en el área de este sistema de triaje.

En conclusión, el personal profesional (médicos y enfermeras) que laboran en el área de la Emergencia de Adultos del Hospital Central de Maracay, tienen conocimiento regular del manejo correcto del triaje estructurado que conlleva a una inapropiada atención inmediata al paciente que lo requiere. La mayoría de los profesionales que conformaron la muestra, refieren la no existencia de protocolos actuales de triaje estructurado en el área de emergencia.

Se pone en evidencia, el desconocimiento de médicos y de enfermeras de los 5 sistemas de triaje estructurado utilizados a nivel mundial, Sistema de Triaje Australiano - Australian Triage Scale (ATS), el Sistema de Triaje Canadiense, basado en el australiano - Canadian Triage Acuity Scale (CTAS), el Sistema de Triaje Manchester - Manchester Triage System (MTS), el Índice de Severidad de Emergencias - Emergency Severity Index (ESI) y el Modelo Andorrano de Triaje - Sistema Español de Triaje (MAT-SET).

Se recomienda la necesidad, de establecer un sistema de triaje estructurado en el servicio de emergencia, con una escala de clasificación válida, útil, reproducible y de un equipo tanto humano como material que permita realizar una priorización de los pacientes en base a su grado de urgencia. Se recomienda la formación continua del personal de la emergencia en cuanto a los sistemas de triaje estructurados.

Dar a conocer los resultados a las autoridades del Servicio de Emergencia de Adultos del Servicio Autónomo Docente Hospital Central de Maracay como una contribución para mejorar el desempeño del profesional del área de emergencia.

Destacar la necesidad de unificar criterios en cuanto a la atención que se le brinda al paciente de modo que se pueda estandarizar la clasificación de los mismos y los cuidados que se ofrecen en el área de emergencia.

Establecer talleres relacionados con la entrevista de triaje, la clasificación de pacientes y la documentación del triaje estructurado a fin de que todos los profesionales se familiaricen con los procedimientos y técnicas apropiadas para el mejor desempeño de estas funciones. Solicitar ante la directiva el equipamiento tecnológico para las diferentes áreas del servicio de la emergencia

## REFERENCIAS

1. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
2. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33(Supl.1):55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
3. Llorente S, Arcos M, Alonso M. Factores que influyen en la demora de un enfermo en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2000; 12: 164-171.
4. Luaces Cubells C, Ortiz Rodríguez J, Trenchs Sainz de la Maza V, Pou Fernández J. Encuesta Nacional sobre las Urgencias en Cataluña. Aspectos organizativos y funcionales. *Emergencias* 2008; 20:3 22-327.
5. Subash F, Duna F, McNicholl B, Marlon J. Team Triage Improves Emergency Department Efficiency. *Emerg Med J* 2004; 21: 542-544.
6. Medina, Chezzi, et al. Triaje: Experience in a Pediatric Emergency Service. Hospital Central – Instituto de previsión social, México; 2005
7. Bastidas C, Carvajal E. Propuesta de un Modelo de Atención Primaria en el Área de Urgencia para el Centro de Salud “San Eduardo” en Guayaquil: Una aproximación desde los modelos de clasificación (Triage). Universidad de Guayaquil, Ecuador; 2016
8. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006; 18: 156-164.
9. Beveridge R., Clarke B., Janes L., et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 1999; 1 (Suppl 3): S1-S24. Disponible en: [http://caep.ca/CMS/get\\_file.asp?id=7B472A5188B245E7951AF8BFF25DEA7F&ext=.pdf&name=CTAS-pplement-v01i03-e.pdf](http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=7B472A5188B245E7951AF8BFF25DEA7F&ext=.pdf&name=CTAS-pplement-v01i03-e.pdf).
10. Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004;6(6):421-7. Disponible en: [http://caep.ca/CMS/get\\_file.asp?id=1B6127C0B B244841B35B42A787B62 DCB&ext=.pdf&name=pg421.pdf](http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=1B6127C0B B244841B35B42A787B62 DCB&ext=.pdf&name=pg421.pdf).
11. Mackway-Jones K., ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. First Edition. London: BMJ Publishing Group; 2011.
12. Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J. ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. Second Edition. London: BMJ Publishing Group. 2013.

13. Wuerz RC., Travers D., Gilboy N., Eitel DR., Rosenau A., Yazhari R. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. *Acad Emerg Med* 2013; 8: 170-6.
14. Gómez J, Ferrando JB, Vega JL, Tomás S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triage: Bases conceptuales i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2014. Disponible en: <http://www.triajeset.com>
15. Gómez J, Torres M, López J, Jiménez L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2014. Disponible en: <http://www.triajeset.com>
16. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-174.
17. Morales J, Martínez J, Muñoz F. Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención sanitaria inicial de pacientes en urgencias: resultados y conclusiones (II). *Tempus Vitalis* 2003; 3: 15-24.
18. Dean A, Sullivan K, Soe M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, 2013. Disponible en: <http://www.OpenEpi.com>
19. Andrew D, Kevin S, Minn S. Epi Info and OpenEpi in Epidemiology and Clinical Medicine: Health Applications of Free Software. Createspace Independent Pub; 2010
20. Soler W, Muñoz M, 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 (Supl.1): 55.18
21. Aranguren E, Capel J, Solano M, Jean Louis C, Larumbe C. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *An Sist Sanit Navar*.2005; 28: 177-88.
22. 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.
23. Organización Panamericana de la Salud. "Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias". Washington, D. C.: OPS, © 2011. 60 págs. ISBN 978-92-75-33165-1W. Soler. et, "El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool
24. W. Soler. et, "El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care", [on line], [Estudio], [España-Navarra-Pamplona] [fecha de consulta:20 de octubre de 2018], Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
25. Gallardo, e.; garcia, m.; garcia, y.; gimenez, d. Y vargas, e. (2001) Participación del personal de enfermería en la organización hospitalaria del triaje para situaciones de saldo masivo de victimas. (Documento en línea) <http://www.monografias.com/trabajos12/triaje/triaje.shtml>