

TRIAJE: PUERTA DE ENTRADA AL NIVEL HOSPITALARIO

Triage: Gateway to the hospital level

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0074>

Evelyn Apolinario Olaya^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-7843-9481>

Recibido: 22 de mayo de 2021 / Aceptado: 28 de agosto de 2021

RESUMEN

Introducción: El triaje ayuda a clasificar, seleccionar al individuo de acuerdo a la condición de salud que mantenga la persona, actuando el personal de enfermería como la pieza principal gracias a la valoración céfalo caudal y a través de los signos vitales, priorizando siempre la afectación del paciente. **Objetivo:** Describir la importancia del triaje, como puerta de entrada al nivel hospitalario. **Materiales y métodos:** Este artículo fue realizado bajo los parámetros de la revisión documental, de nivel descriptivo, monográfico. La técnica aplicada fue el fichaje bibliográfico y el análisis sistemático de los documentos encontrados en la web. **Resultados:** El proceso de triaje, se da cuando un evento de emergencia supera los recursos de un centro hospitalario. Este proceso, es lo que determina a priori, la situación del paciente, clasificándolos según la prioridad de atención que requiere. **Conclusión:** El triaje es un proceso importante ante las emergencias, porque permite optimizar los recursos y las atenciones a las personas afectadas garantizando el tratamiento adecuado y necesario en el momento indicado.

Palabras clave: Triage, paciente, emergencia, urgencia.

ABSTRACT

Introduction: Triage helps to classify, select the individual according to the health condition maintained by the person, with the nursing staff acting as the main piece, thanks to the cephalo-caudal assessment and through vital signs, always prioritizing the patient's affection. **Objective:** To describe the importance of triage as a gateway to the hospital level. **Materials and methods:** This article was carried out under the parameters of a descriptive, monographic, documentary review. The technique applied was the bibliographic file and the systematic analysis of the documents found on the web. **The results:** The triage process occurs when an emergency event exceeds the resources of a hospital center. This process is what determines a priori the patient's situation, classifying them according to the priority of care required. **Conclusion:** Triage is an important process in emergencies, because it allows optimizing resources and care to the affected persons, guaranteeing the appropriate and necessary treatment at the indicated time.

Keywords: Triage, patient, emergency, urgency.

1. Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. Ecuador

* Autor de correspondencia: evao_111@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El triaje, que no es más que una clasificación sistemática, 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 de utilización de recursos.

La aplicación del triaje, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 ó 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado triaje estructurado (1,3).

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en triaje: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del "grado de urgencia o emergencia", de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje deben ser (4):

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital
 2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
 3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
 4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
 5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
 6. Disponer de información para familiares.
 7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
 8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio (5,6).
2. Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado con una amplia implantación:
1. La Australian Triage Scale (ATS)
 2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
 3. El Manchester Triage System (MTS)
 4. El Emergency Severit Index (ESI)
 5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrà de Triatge: MAT

En Latinoamérica, El Manchester Triage System (MTS) y El Sistema Español de Triage (SET) (6-8). Son los dos sistemas que han alcanzado mayor difusión, aunque también coexisten con otros de implantación local, más adaptados a su propia realidad, según las necesidades, materiales, recursos humanos y condiciones laborales. Es por ello, que la presente investigación tiene como objetivo general Describir la importancia del triaje, como puerta de entrada al nivel hospitalario (9).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se enmarcó en un estudio de tipo documental, de alcance descriptivo. Se buscó de manera directa e indirecta textos o documentos, lo que ocasionó su vinculación con la investigación archivística o bibliográfica. Abarcó bases de datos como textos, fichas, entre otros, que aportaron información. Siendo de datas antiguas y actuales. El estudio de tipo descriptivo declarar los elementos, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Por ello, se requirió cumplir una serie de pasos como describir el problema, el arqueo bibliográfico, la lectura y el fichaje, el resultado de la interpretación, análisis de la información, estructuración del informe y finalmente, la elaboración del artículo.



RESULTADOS

Triage como Indicador

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los hospitales ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de triaje es como la "huella digital" del Sistema Público de Salud, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del SHU en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta. Gómez (2015), propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de triaje implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias (10). Son:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico ($\leq$ del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trían pero se van antes de ser visitados.
2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
3. Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación)
4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triaje y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente (12,13).

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención. Además, cada modelo de triaje estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen con base a:

1. Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
2. Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que, indirectamente, van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad (17) y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas sociosanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias (13,14).

Papel de Enfermería en el Proceso de Triage

Dado que el triaje no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia inter-observador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria, el triaje es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad. Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo (sistema donostiarra de triaje). Actualmente, es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza, con o sin ayuda del facultativo (15).

En este sentido algunos estudios concluyen que el triaje de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el triaje de enfermería aislado sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el "traje avanzado", en el que el profesional de enfermería ejecuta un procedimiento o administra una medicación en base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidos. Estos protocolos se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. También deben ser aprobados por la estructura hospitalaria competente (10,13).

Modelos de Sistema de Triage

Se describe de manera esquemática las características de los dos sistemas de triaje con mayor implantación en España, el SET y el MTS y, a continuación, el sistema que se ha elaborado para la red pública de hospitales latinoamericanos adaptado a partir de los dos primeros (7,15)

Sistema español de triaje (SET):

- Triage de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del triaje y otro de ayuda a la decisión clínica en el triaje (PAT).
- Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejora continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje (7,15)
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

Categorías sintomáticas:

Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica. El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas (7,15)

Discriminantes y escalas de gravedad:

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de triaje. El SET utiliza:

- Constantes: discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, SpO2, glucemia capilar, Glasgow).
- Signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión).
- Dolor: el SET dispone de una guía clínica de evaluación del dolor en el triaje que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan (7,15)



Escalas de gravedad:

Las escalas de Glasgow, del coma no traumático, de grados de deshidratación, de gravedad clínica de la disnea o de gravedad clínica del asma entre otras, están disponibles para el profesional mediante el programa de ayuda PAT (7,15)

Abordaje de la urgencia:

En el SET la diferenciación entre niveles se lleva a cabo mediante discriminantes, preguntas específicas y la aplicación de escalas de gravedad. La escala de triaje del SET se estructura en base a una serie de escalas generales que se van incluyendo en las diferentes categorías sintomáticas. A partir de cada categoría sintomática se desarrollan los algoritmos que integran la escala de triaje y aspectos específicos relacionados con los motivos de consulta incluidos en la categoría sintomática (7,15).

Calidad y monitorización:

Es un aspecto importante en el triaje. Contempla, por un lado, indicadores de calidad y, por otro, el conjunto mínimo de datos asistenciales de urgencias para realizar análisis de comparación con estándares o benchmarking, tanto en adultos como en niños y todo ello relacionado con los niveles de triaje.

- Grado de urgencia: nivel de triaje asignado
- Complejidad: medida al clasificar a los pacientes en grupos según su destino desde urgencias (GRUDs) y según la edad (GRUDEs) (7,15).

Sistema Manchester (MTS)

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos (9):

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de triaje.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de triaje desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de tiempo clave o tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta. El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo. En el año 2003, se crea el Grupo Español de triaje Manchester (GET-M) que se integra en el Grupo Europeo de triaje Manchester el 30 de abril de 2004 y que participa en reuniones científicas del mismo (14).

Análisis del MTS:

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención. El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas. Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación. El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se



encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza» (13).

Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria. El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los pacientes críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica (7,15).

Metodología del sistema:

Una vez realizada la entrevista (rápida, breve y dirigida) y elegido el motivo de consulta, disponemos de tres pantallas para desarrollar el triaje:

1. Pantalla general en la que aparece
 - Anamnesis dirigida.
 - Características de los síntomas y signos.
 - Evaluación objetiva.
 - Escalas de gravedad: que aparecen en determinados motivos de consulta.
 - Escalas de dolor. Se aplica una escala de descripción verbal o descriptiva simple para el dolor.
 - Signos vitales.
 - Protocolos; dependiendo del ítem seleccionado nos solicita la realización de alguna prueba (glucemia, ECG).
2. Pantalla con discriminadores: discriminadores que se definen para cada motivo de consulta y habitualmente modifican el nivel de priorización. Aquí se incluyen también a los grupos especiales de pacientes que, por sus características, morbi-mortalidad o vulnerabilidad requieren un abordaje especial en el área de urgencias, favoreciendo su nivel de prioridad: personas mayores de 80 años, embarazadas, enfermos crónicos y situaciones especiales (discapacitados, agredidos, tratamientos especiales, etc.). (7,15)
3. Pantalla de constantes vitales y pruebas complementaria: igual para todos los motivos de consulta. También pueden modificar el nivel de priorización. En la pantalla general se puede llevar a cabo una modificación «manual» del nivel de prioridad si el profesional estima que hay justificación no objetivable por el programa para hacerlo.

En todas las pantallas aparece el tiempo transcurrido desde que se efectúa el triaje, como testigo que permite controlar la necesidad de realizar un re-triaje. Para ello es necesario un sistema de aviso o de alarma de que ha transcurrido el tiempo límite.

Las ventajas más importantes de este sistema son:

1. Su implementación dentro del sistema informático sanitario de los hospitales públicos de Navarra y su complementación con el resto de fichas de la historia clínica informatizada.
2. Herramienta única y protocolos uniformes para todos los servicios de urgencias.
3. Accesible desde diferentes niveles asistenciales.

Tiene el inconveniente de su dependencia del resto de aplicaciones informáticas del sistema, por lo que no puede ser manejada como herramienta independiente. En cuanto a sus posibilidades de monitorizar parámetros de calidad del propio servicio de urgencias, permite el análisis de todas aquellas variables relacionadas con los indicadores de tiempos, recursos, destinos, etc. En este sentido, tiene la ventaja de que el sistema informático que lo soporta puede acoplarse a sistemas de detección de pacientes por radiofrecuencia (RFID) por lo que sus posibilidades en cuanto a la precisión de toma de tiempos y localización de pacientes son máximas. En la actualidad, se va a iniciar un estudio piloto que permitirá valorar y validar este sistema (7,15)



CONCLUSIONES

El triaje se ha convertido en el sello de identidad del servicio de urgencias hospitalario que lo aplica, siendo además una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de dicho servicio.

Los actuales sistemas de triaje deben ser estructurados y basados en escalas de clasificación de cinco niveles. La asignación de dichos niveles debe fundamentarse en decisiones objetivas, apoyarse en algoritmos y sistemas informáticos que automaticen estas decisiones y permitir al mismo tiempo ajustes por parte del profesional que lo realiza.

Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar a cabo el triaje, pero se valora positivamente la participación del médico en las decisiones relativas a los cuadros de mayor relevancia clínica. El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología.

REFERENCIAS

1. López Yopez A. Metodología de la investigación científica: "cómo se hace una tesis doctoral". 2014. Servicio Documentación Multimedia-Canal RTVDoc, Departamento de Biblioteconomía y Documentación/Sección Departamental, Universidad Complutense, 2013. Publicado 05/12/201.
2. Hernández Sampiari R, Fernández Collado C y Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. Quinta edición. 2010. McGraw-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Mexico
3. Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Morán FJ, San José S, Hernández P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 2009; 21: 339-345.
4. Sánchez M, Salgado E, Miro O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. Emergencias 2008; 20: 48-53.
5. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias 2006; 18: 156-164
6. Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage more effective than three-level in tertiary emergency department. J Emerg Nurs 2002; 28: 395-400
7. Wuerz RC, Fernández CM, Alarcón J. Inconsistency of Emergency department triage. Ann Emerg Med 1998; 32: 431-435
8. Wuerz RC, Travers D, Gilboy N, Eitel DR, Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. Acad Emerg Med 2001; 8: 170-176.
9. Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc) 2003; 120: 711-716
10. 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.
11. Mackway-Jones K, ed. Emergency Triage: Manchester Triage Group. London: BMJ Publishing Group, 1997

12. Grupo de *triaje* de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Sistema Español de *triaje* (SET). Madrid: Edicomplet 2004
13. Gómez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística Yunga Quimi CA.
14. Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. Med Clin (Barc) 20 01; 117: 295-296. a (case mix). Gestión hospitalaria 2004; 15: 3-12.
15. Pizarro Loo YL y Quimi Ramos LF. Factores predisponentes que conllevan a los pacientes a una neumonía asociada ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Teodoro Maldonado. Carbo. Periodo 2018 –2019. MásVita. Rev. Ciene. Salud. Vol2, Nro3. 2020 e-ISSN:2665-0150. Pp 24-32. Doi:

