

# ENFERMERÍA Y TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*“II CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias)”.*

*Noviembre' 16.*



**Ibáñez-Berlanga, María Luisa<sup>1</sup> y García-Casado, Antonio Jesús<sup>2</sup>**

1. Enfermera titulada por la Universidad de Sevilla. [mluisa\\_ib@hotmail.com](mailto:mluisa_ib@hotmail.com)
2. Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería. [ajgc88@gmail.com](mailto:ajgc88@gmail.com)

## **RESUMEN**

En nuestro Sistema Nacional de Salud existe un preocupante y constante aumento de la demanda de la asistencia en los Servicios de Urgencias. Ante este problema, se han implantado en los servicios de urgencias hospitalarios, sistemas de clasificación de las necesidades de asistencia de los pacientes, a lo que podemos denominar "Triage".

El triaje se entiende como un proceso de valoración clínica básica, que permite clasificar a los pacientes según su grado de urgencia, siendo atendido de manera prioritaria aquel que más lo necesite.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adoptó como estándar el Sistema Español de Triage (SET). Éste consiste en un sistema de triaje estructurado que clasifica las urgencias en 5 niveles dependiendo de la gravedad de la afección de cada paciente.

Por otra parte, la SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias), prefiere hablar de otro término en el ámbito de las urgencias hospitalarias, el de "Recepción, acogida y clasificación (RAC)". Además, hoy en día, una escala de gran utilidad para la clasificación de pacientes es la escala de Manchester.

En definitiva, el triaje es un buen procedimiento para responder al desmesurado aumento de la demanda asistencial entre otras muchas ventajas. Por lo que se puede concluir que es un proceso imprescindible para garantizar una atención eficaz en los Servicios de Urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** Clasificación de pacientes; Urgencias hospitalarias; Triage; Enfermería.

## **INTRODUCCIÓN:**

En los hospitales públicos existe un notable aumento de la frecuentación de los usuarios en los servicios de urgencias. Estudios realizados en Atención Primaria indican que está aumentando la demanda de los usuarios en los servicios de urgencias hospitalarios, incluso en la franja compatible con la consulta de Atención Primaria.

Por este constante aumento del número de consultas en las urgencias, es imprescindible disponer de un sistema para clasificar los pacientes que acuden a nuestros servicios y así poder atender de forma prioritaria al que más lo necesite.

Ante esta situación, la mayoría de los hospitales están implantando en sus servicios de urgencias, sistemas de jerarquización de las necesidades de asistencia de los usuarios a los que se denomina Triage.

El Triage se ha definido como un proceso para evaluar de forma rápida la gravedad de la afección del usuario, con el fin de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo. Tradicionalmente se ha utilizado el término Triage para definir el acto de clasificar pacientes dependiendo de su gravedad, fundamentalmente en situaciones de accidentes y catástrofes con múltiples víctimas, entendiéndose esta situación en el ámbito extrahospitalario.

Sin embargo, este término también se trasladó al ámbito de las urgencias hospitalarias para definir el proceso por el que se prioriza la atención a los usuarios de estos servicios.

Por no ser un vocablo aceptado por la Real Academia de la Lengua Española, aún no se determina cuál es la forma adecuada de escribirlo, si "traje" o "triage". Sin embargo, existe bibliografía donde se menciona que se deriva del verbo francés "trier", que significa clasificar, escoger o separar; asimismo, en castellano el sufijo "aje" forma sustantivos que expresan acción. Por lo tanto, y para efectos de esta revisión, nos referiremos a la palabra "traje".

**OBJETIVOS:** -Conocer el papel de la enfermera de clasificación o triaje en el Servicio de Urgencias de un hospital.

-Conocer la importancia de una buena clasificación de las urgencias y emergencias para una adecuada atención asistencial a los pacientes.

**Objetivo General:** Buscar información científica sobre el triaje hospitalario y la clasificación de pacientes en el área de urgencias.

## **METODOLOGÍA**

Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos IME, CUIDEN, CINAHL, SCOPUS y PUBMED de los últimos 6 años. El operador booleano

utilizado fue de intersección (AND) para establecer las operaciones lógicas entre los conceptos. Se usaron truncamientos cuando fue necesario.

En una primera fase, se procedió a la lectura de todos los títulos y resúmenes de los artículos encontrados, eliminando los que no cumplían con el tópico de estudio. En una segunda fase, se realizó la lectura del texto completo de los estudios seleccionados anteriormente, para finalizar escogiendo los que fueran más concordantes con el tópico de estudio.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Las estrategias iniciales de búsquedas identificaron un total de 423 estudios, los cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tópico de esta revisión. Se seleccionaron al final un total de 7 estudios. A continuación se exponen los resultados más concordantes encontrados.

La clasificación-triaje se entiende como el proceso de valoración clínica básica, que permite clasificar a los pacientes según su grado de urgencia, siendo atendido de manera prioritaria aquel enfermo que más lo necesite. Los sistemas de clasificación permiten realizar un orden de los pacientes, conocemos el grado de urgencias de nuestros pacientes y priorizamos las situaciones que más lo necesiten. Es decir, se usa como una herramienta básica para agilizar la atención priorizando siempre al paciente más urgente.

Se puede hablar de los comienzos del sistema de triaje en los servicios de urgencias en Baltimore en 1964. Durante los años 60, se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Sin embargo, estos sistemas no consiguieron un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno. La escala planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con universalización basada en 5 niveles de priorización. Tras su implantación en el año 2000, se ha ido desarrollando en diferentes países y son varios los sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características.

Así, podemos decir que actualmente existen las siguientes escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano: La Escala canadiense de triaje y urgencia (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS); el Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS); el Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI); y el Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de triatge: MAT).

En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET) como estándar español de triaje. El SET clasifica los niveles de urgencia en:

- **Nivel I (Resucitación):** Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.

- Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

**Clasificación de emergencias (triaje de Manchester)** (Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos)

| Nivel    | Tipo de urgencia      | color           | Tiempo de espera                   |
|----------|-----------------------|-----------------|------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>RESUCITACIÓN</b>   | <b>ROJO</b>     | <b>Atención de forma inmediata</b> |
| <b>2</b> | <b>EMERGENCIA</b>     | <b>NARANJA</b>  | <b>10 - 15 MINUTOS</b>             |
| <b>3</b> | <b>URGENCIA</b>       | <b>AMARILLO</b> | <b>60 MINUTOS</b>                  |
| <b>4</b> | <b>URGENCIA MENOR</b> | <b>VERDE</b>    | <b>2 HORAS</b>                     |
| <b>5</b> | <b>SIN URGENCIA</b>   | <b>AZUL</b>     | <b>4 HORAS</b>                     |

Fuente: Elaboración propia

El triaje estructurado es la técnica de clasificación más firme que tienen los servicios de urgencias. Las escalas de 5 niveles permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia, la gravedad y complejidad de los pacientes. Además existe evidencia científica sobre su idoneidad para ser recomendada internacionalmente.

El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje es controlar el riesgo del paciente ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad y conseguir una mayor humanización de su asistencia, incidiendo directamente en una adecuada comunicación, respeto, bienestar, una atención personalizada y una correcta confidencialidad entre otros muchos aspectos. Por otro lado, para el personal sanitario, el triaje estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo, homogéneo y universal, que conlleva a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control del proceso asistencial junto a su continuidad, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional. Además, el triaje estructurado abre las puertas a procesos de organización interna de los servicios de urgencias y a la coordinación entre distintos niveles asistenciales, aspecto imprescindible en un sistema sanitario como el nuestro. Plantea una visión holística y lo convierte en un potente motor de cambio, modernización y mejora de los servicios donde se aplica. En España, esta actividad inicialmente desempeñada por el personal

médico, se ha transferido al personal de enfermería gracias a la aparición de dichos sistemas estructurados de triaje.

La recomendación científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004 de la SEEUE expone que la utilización del término triaje, por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por catástrofes e introduce un nuevo término en el ámbito de las urgencias hospitalarias, el de “Recepción, Acogida y Clasificación”. Por lo tanto, en los servicios de urgencias, la SEEUE prefiere hablar de “Recepción, acogida y clasificación (RAC)”, en lugar de triaje. Es decir, el primer contacto de los pacientes con el personal sanitario en los servicios de urgencias, tanto hospitalarias como del nivel asistencial de Primaria, es entendido y definido, por la SEEUE, como Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes en urgencias (RAC).

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes, su entorno y familia, desde una visión asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos.

La actividad de Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes de urgencias, es propia del personal de enfermería. Así lo reconocen los 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 de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y c); artículo 7.1 y 2 a).

En cuanto a la RAC, la SEEUE establece los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención y sobre las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.
- Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.
- Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura de la Unidad.
- Aplicar si procede, ciertas técnicas básicas, propias del ejercicio profesional.
- Prestar a los pacientes y a sus familiares, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
- Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
- Prestar apoyo emocional y ayuda psicológica.

Según define la SEEUE:

- La recepción es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente.
- La acogida es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todos los valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a una relación terapéutica positiva.
- La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en aras de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, se recomienda que se utilice un sistema acreditado, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente. Por ello, en la actualidad se ha creado y validado una plataforma informática basada en el Sistema Manchester. Este sistema está totalmente optimizado para ser utilizado por el personal de enfermería.

La informatización e implantación de este sistema de clasificación en nuestro servicio debe permitir aumentar la facilidad y rapidez de aplicación del sistema, y permitir obtener estadísticas para adecuar los medios y los recursos a las necesidades reales.

Para que toda esta actividad sea efectiva y eficiente, además de aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y consensuados como el citado anteriormente, se debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre paciente y profesional sanitario.

Por otra parte, la enfermera del área de triaje hospitalario, debe presentar ciertas habilidades tales como una adecuada comunicación verbal y no verbal (paciencia y empatía), capacidad de organización, saber trabajar bajo presión, etc... Además, de forma general, las principales actividades que realizará en una consulta de clasificación son las siguientes:

1. Toma de datos.
2. Motivo de consulta y valoración general del estado de gravedad.
3. Toma de constantes vitales.
4. Alergias
5. ECG en caso de dolor torácico o epigástrico, síncope, arritmia captada en pulso...
6. Pulsera identificativa.
7. Simultáneamente se aplica el procedimiento de clasificación de pacientes de Manchester; fruto del cual el paciente queda encuadrado

en uno de los cinco grupos del sistema (azul, verde, amarillo, naranja y rojo)

8. Ubicar y derivar.

9. Reevaluar.

Estas actuaciones deben incluir otras, tales como tranquilizar al usuario y a su acompañante si fuera necesario, darle apoyo emocional y seguridad e incluir información general sobre el funcionamiento del servicio de urgencias, zona de destino y tiempo de espera.

## **CONCLUSIONES**

El triaje es un proceso fundamental para proporcionar una atención eficaz y eficiente en los servicios de urgencias hospitalarias, ya que racionaliza el consumo de recursos y fortalece la organización del capital humano, facilita la administración del tiempo, a la vez que aumenta la satisfacción de los usuarios. Además, responde al desmesurado aumento de la demanda asistencial, que no permite atender a todos los pacientes de forma inmediata a su llegada al Servicio de Urgencias.

Sería muy acertado implementar estrategias para capacitar al personal, para poder así mejorar su desempeño, incluyendo evaluaciones y seguimientos que permitan medir si la capacitación es efectiva o no; así como el desarrollo de proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un sistema o modelo de triaje estructurado en cinco niveles.

El sistema de triaje ha de proponer adaptaciones en la estructura física, y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan hacer la clasificación de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. La evidencia actual establece que la mejor forma de garantizar la realización de un correcto triaje es a través de la informatización de éste. Por tanto, la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente que acude a urgencias es un factor imprescindible para la adecuada implementación de este sistema en nuestra sanidad. Otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema de triaje estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van siempre juntas de la mano, sin olvidar que el paciente y su entorno son el centro de nuestra asistencia.

También sería de gran importancia que los sistemas de clasificación de pacientes estén correctamente validados o como mínimo consensuados en la unidad donde se vayan a implantar.

Por último y como conclusión general, la estructuración de un sistema de triaje en el Servicio de Urgencias aporta beneficios para los pacientes, los profesionales y el sistema de salud, y debe entenderse como un sistema integral de calidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**



Molina RA, Zavala E. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de Triage por Personal de Enfermería. Conamed. 2014. 19. (1): 11-16.

Sonalí S, Cadena JC. El Triage Hospitalario. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011. 19. (3): 119-123.

Iglesias ML, Giménez D, Ferrer MD. Medicina de Urgencias y Emergencias ¿Una actividad de riesgo?. Servicio de Urgencias. Hospital de Sabadell. Barcelona. 2014.

Riera B. Triage Hospitalario. Hospital Son Llàtzer. 2014.

Martín M. Estudio del Triage en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Enferm. CyL. 2013. 5. (1).